

ケアプラン自己チェックマニュアル

～ケアプランを振り返ってみましょう～



藤沢市 介護保険課

ケアプラン自己チェックマニュアル作成にあたって

日ごろ、介護保険事業の運営につきましてご理解、ご協力をいただきお礼申し上げます。

ケアマネジャーの皆さまは、「利用者及び家族にとってどんなプランがよいのか?」「目標はこれでよいのか?」「サービスはどのようなものを入れると自立支援につながるのか?」など、試行錯誤の中から、より良いケアプラン作成のため、日々検討を重ねていることと思います。

この度、藤沢市では、厚生労働省において作成された「ケアプラン点検支援マニュアル」を参考に、藤沢市版として「ケアプラン自己チェックマニュアル」を作成しました。

このマニュアルを通して自らのケアプランを「振り返る」ことで、ケアプラン作成の際に必要な視点を理解するきっかけとなればと考えております。

ぜひ、マニュアルに目を通していただき、ケアマネジメントの際にご活用ください。

なお、ケアプラン自己チェックマニュアルの作成にあたり、ご協力いただきましたケアマネジメントリーダーの皆さまには、心より感謝申し上げます。

藤沢市 介護保険課

ケアプラン自己チェックマニュアル 目次

1. はじめに	・・・ 2
2. 第1表 居宅サービス計画書(1)	・・・ 9
3. 第2表 居宅サービス計画書(2)	・・・ 17
4. 第3表 週間サービス計画表	・・・ 31
5. 課題分析の方法	・・・ 38

ケアマネジャーは、

「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準(指定居宅介護支援の具体的取扱方針)」
「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」

等の記載内容を十分に把握した上で、居宅サービス計画書を作成することが大切です。

1. はじめに

マニュアルの活用にあたって

このマニュアルは、「ケアプラン作成の際に必要な視点を理解する」ことを支援するものです。

自立支援に向けたケアプランを作成する際に大切なことは、ケアマネジャーがケアマネジメントの視点を正しく踏まえ、専門家としての判断の根拠を示した上で、ケアプラン作成ができているかということです。

ケアプランを「振り返る」ことを通して、ケアマネジメントのプロセスを踏まえた上で自立支援に資する適切なケアプランを作成しているか、ケアマネジャー自らが検証・確認することで、悩み、つまづいていること、またそれがどこなのかを把握し、ケアマネジメントに必要な視点に「気づく」ことができます。

自立支援に資するケアマネジメントとは何かを追求し、ケアマネジメントに必要な視点を理解することで、ケアマネジャーとしてのレベルアップを図ることができます。

なお、ケアプランを形式的に点検することが目的ではないので、必ずしも全てのケアプランを振り返る必要はなく、目的をはっきりさせて継続的に行うことが大切です。

また、一人ではなく複数のケアマネジャーとともに振り返ることで、より多くの「気づき」につながるがあります。

マニュアルの構成について

このマニュアルは、居宅サービス計画書(1)(2)、週間サービス計画表、課題分析の方法を掲載し、押さえておきたい基本事項の後に、「質問」→「ポイント」→「確認しましょう」とまとめた構成としています。

(1) 質問

ケアプランを点検するにあたり、特に押さえておきたい事項を整理するときに活用します。

マニュアルに示してある「質問」等を参考にしながら、どのような視点、考えを持って利用者に関わりケアプランを作成したのか等、その経緯について把握していきます。

単に記載がうまくできていなかっただけなのか？ 見過ごしていた事項があったのか？ 理解が不十分だったのか？ など、「質問」を通してケアプランを振り返ります。

(2) ポイント

それぞれの項目ごとに押さえておきたい事項に対して、どのような視点でアセスメントを実施していく必要があるのか、計画書を作成するにあたりアセスメントを踏まえてどのような視点・思考が必要なのか、基本的な事柄を解説しています。

また、誤解が生じないように留意することを記載しています。

(3) 確認しましょう

それぞれの項目ごとの目的(ねらい)に応じて、その内容が押さえられているか確認する際に活用します。ただし、この項目はあくまでも指標の例示として示したもので、チェックが入った項目の数によって、ケアプランの優劣を判断するものではありません。

アセスメントとは

アセスメントは、ケアマネジメントにおいてケアマネジャーが行う一番重要で専門的な作業といえます。介護保険制度では「課題分析」と位置づけられており、「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」（厚生省令第38号）第13条に「適切な方法により、利用者が抱える問題点を明らかにして、解決すべき課題を把握する」よう示されています。

そのためには、同条に基づき別途通知された「課題分析標準項目」により、利用者の心身の状態、生活環境、介護力等の各項目の情報を的確に、かつ総合的に把握することが大切です。利用者及び家族が直面している困りごとや生活を営む上での課題（自覚・無自覚）を整理し、その原因・背景をあらゆる面から分析し、「状態」と「原因」をつなげていく必要があります。

しかし、それだけではなく、利用者が課題分析を通じて「望む生活」に向けて前向きに課題を受け止め、主体的な取り組みが行えるよう、専門職として働きかけることが重要であることを認識しなければなりません。

大切なのは、支援が必要な状況を明らかにするだけでなく、利用者及び家族が持つ力の強さ、可能性に着目する視点を持ったアセスメントができることにあります。専門職として働きかけるための、最も基本的な作業の一つだということを認識しておかなければなりません。

アセスメントは、ケアマネジャーが利用者の自立支援に向けたケアプランを作成する上で、「課題分析に必要な利用者の情報収集→課題の整理・分析→意欲的な取り組みへの働きかけ」という一連の流れを適切に実施するために必要不可欠なものです。不十分なアセスメントからは、適切な課題や目標は導き出されず、本来目指すべき「自立支援」と、かけ離れたケアプランとなります。

したがって、この「アセスメント力」を向上させることが、より質の高いケアマネジメントへとつながることを常に意識しながら、取り組んでいくことが大切になります。

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容（例）
1	基本情報（受付、利用者等基本情報）	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報（受付日時、受付対応者、受付方法等）、利用者の基本情報（氏名、性別、生年月日・住所・電話番号等の連絡先）、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報（介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等）について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果（要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等）について記載する項目
9	課題分析（アセスメント）理由	当該課題分析（アセスメント）の理由（初回、定期、退院退所時等）について記載する項目

課題分析（アセスメント）に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態（既往歴、主病、症状、痛み等）について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等）に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり（社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等）に関する項目
16	排泄・排便	失禁の状況、排泄排泄後の始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じく瘡・皮膚の問題	じく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取（栄養、食事回数、水分量等）に関する項目
20	問題行動	問題行動（暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等）に関する項目
21	介護力	利用者の介護力（介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等）に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況（虐待、ターミナルケア等）に関する項目

障害高齢者の日常生活自立度

生活自立	ランク	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており能力で外出する。
生活自立	ランクJ	1 交通機関等を利用して外出する。 2 隣近所へなら外出する。
準自立	ランクA	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない。 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たきりの生活をしている。
自立	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。 2 介助により車椅子に移乗する。
寝たきり	ランクC	一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。 1 自力で寝返りをうつ。 2 自力で寝返りもつない。

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
IIa	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や薬病、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
IIb	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との応対など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排泄が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ
IV	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが顕著に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や症状に起因する問題行動が継続する状態等

課題分析の方法については、

38ページをご覧ください。



居宅サービス計画書とは

居宅サービス計画書は、利用者及び家族の「望む生活」を実現するための計画書といえます。

「望む生活」の実現に向けて、ケアチーム（利用者及び家族を含む）が目指す方向性や果たすべき役割、提供するサービスやセルフケア及び家族支援等が具体的に書面に表されたものであるといえます。

したがって、次に示す第1表・第2表・第3表は、連動した帳票であることを押さえておく必要があります。

第1表 居宅サービス計画書（1）

利用者及び家族の「望む生活」を含め、居宅サービス計画全体の方向性を示す帳票です。居宅サービス計画書の中で、利用者及び家族の生活に対する意向がはっきりと示される、一番重要な帳票ともいえます。

第1表は、利用者・家族・ケアする人々の気持ちを一つにするための大切な計画書であり、できるだけわかりやすく、利用者の言葉で具体的に記載することが重要です。また、利用者の生活を支援するケアチームの気持ちを一つにし、利用者と共に同じ方向に歩いていくための大切な帳票であるといえます。

第1表		居宅サービス計画書（1）		作成年月日 年 月 日	
				初回・紹介・継続	
				認定済・申請中	
利用者名		殿	生年月日	年 月 日	住所
居宅サービス計画作成者氏名					
居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地					
居宅サービス計画作成（変更）日		年 月 日	初回居宅サービス計画作成日	年 月 日	
認定日		年 月 日	認定の有効期間	年 月 日	～ 年 月 日
要介護状態区分	要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5				
利用者及び家族の生活に対する意向					
介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定					
総合的な援助の方針					
生活援助中心型の算定理由	1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 3. その他（ ）				

居宅サービス計画書（1）については、
9ページをご覧ください。



★確認項目1★

居宅サービス計画書（1）を漏れなく記載し、利用者のサイン（印）がある。

○ポイント

- ・最低限必要な記載事項が書かれていることを把握した上で、記載すべき内容を理解しているか確認します。
- ・生活援助中心型の算定理由について、「その他」に当てはまる根拠について判断に迷う場合は、事業所内で検討し、さらに保険者や地域包括支援センターに相談することも大切です。

○確認しましょう

- 「利用者及び家族の生活に対する意向」欄が記載されている。
- 「介護認定審査会からの意見及びサービスの種類の指定」がある場合は、その内容が記載されている。
- 「総合的な援助の方針」欄が記載されている。
- 「生活援助中心型の算定理由」欄が記載されている。

★確認項目2★

利用者及び家族の生活に対する意向を適切に捉えている。

○ポイント

- ・アセスメントの結果、「自立支援」に資するために解決しなければならない課題がきちんと把握できているか確認します。そのためには、利用者の主訴や相談内容等をもとに、利用者が持っている力や生活環境等の評価を含め、利用者が抱える問題点を明らかにしていくことが重要です。また利用者及び家族が、介護サービス（インフォーマルサービスを含む）を利用することにより改善される生活のイメージを持つことができるように働きかけたかも重要になります。
- ・利用者と家族の意向が異なる場合には各々の意向を区別し記載するとともに、様々な状況（高齢者虐待やそれに類似するもの）がある場合には、第5表（居宅介護支援経過）を活用し、記載しておくことが必要です。

○確認しましょう

- 利用者及び家族の生活に対する意向とアセスメントの結果が合致している。
- 利用者及び家族が改善可能であろうと思う生活を具体的にイメージできている。

★確認項目3★

総合的な援助の方針は、アセスメントにより抽出された課題に対応しており、利用者の生活に対する意向の実現に向けて、ケアチームとして最終的に到達すべき方向性や状況が示されている。

○ポイント

- ・「総合的な援助の方針」欄は、介護に対する利用者及び家族の意向を援助者側の立場から捉え直したもので、サービス提供事業者の共通する支援目標ともなります。
- ・緊急事態が予測される場合（認知症や医療依存度の高い方など）には、利用者及び家族と相談した上で、緊急時の対応機関やその連絡先等についても把握しておきます。あらかじめ支援者の中でも、どのような場合を緊急事態と考えているかを明確にし、その対応について、利用者・家族・関係者といったケアチームの中で共通認識を図っておくことで、スムーズに対応できます。

○確認しましょう

- 利用者及び家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認し合える内容が記載されている。

れていることが重要です。利用者及び家族が理解しやすいように、難しい専門用語を避けるようにします。利用者自身が表現した「言葉」を引用することで、意欲が高まり、自分のニーズとして捉えることが出来るようになることもあります。

○確認しましょう

- それぞれの課題（ニーズ）が導き出された原因や背景を押さえている。
- 優先すべき課題の項目に応じた課題の整理が行えている。
- 生活に対する意向と生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の関連付けが図られている。

★確認項目5★

長期目標が、それぞれの課題を達成するために適切な目標と期間の設定になっている。

短期目標が、長期目標を達成するための段階的な目標・期間になっている。

目標を達成するために必要な援助内容(サービス内容・サービス種別・頻度・期間)となっている。

○ポイント

- ・目標（長期・短期目標）は、利用者支援の中核をなすものです。利用者及び家族とともに現状分析（アセスメント）から導きだした「自立支援」に資する課題（ニーズ）に対応し、一定期間後に達成できる実現可能な目標を立てることが重要になります。
- ・目標達成のために具体的に何を行うのが明確であり、利用者の意欲が湧くような内容にすることが大切です。「サービス内容」欄には、利用するサービスの内容を単に記載するというより、目標を達成するために必要な支援のポイントやセルフケア、家族の役割等を記載するという視点を持つことが大切になります。

○確認しましょう

【長期目標】

- 解決すべき課題を目指した、達成可能な目標設定になっている。
- 認定期間も考慮しながら、達成可能となる目標と期間の設定になっている。
- 誤った目標設定になっていない。（例）支援者側の目標設定、サービス内容を目標に設定等

【短期目標】

- 長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっている。
- サービス提供事業者が作成する個別サービス計画を立てる際の指標になっている。
- 抽象的な目標設定になっていない。

【サービス内容・サービス種別・頻度・期間】

- 短期目標の達成に必要なサービス内容となっている。
- 医療ニーズの高い利用者には、医療系サービスも盛り込まれている。
- 主治医意見書、サービス担当者会議の意見を反映している。
- 特定のサービスによる偏りが無い。
- 必要に応じて、家族支援を含むインフォーマルサービスなども記載されている。

第3表 週間サービス計画表

第2表で計画した具体的な支援の内容を、週単位で示した帳票です。

利用者の本来の日常生活リズムを把握した上で、介護保険サービス等を含めた支援内容が組み込まれたことにより、利用者の生活リズムがどのように変化しているかがわかります。週単位で行われる支援内容を、曜日と時間帯で示すことで、利用者及び家族が自分たちの生活リズムを管理することができます。

さらに、週単位、24時間の時間管理を示すことで、ケアチームとしても、他のサービスが週単位でどのように組み込まれているかを把握することができ、連携を図る上で役立ちます。

また、短期入所や住宅改修、通院状況など、週単位以外のサービスを記載することにより、サービスの全体像、中長期的なサービス計画を把握することができます。

第3表		週間サービス計画表							作成年月日
利用者名		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
	6:00								
早朝	8:00								
	10:00								
午前	12:00								
	14:00								
午後	16:00								
	18:00								
夜間	20:00								
	22:00								
深夜	24:00								
	2:00								
夜	4:00								
週単位以外のサービス									

★確認項目6★

週間サービス計画表の意義を理解し、利用者の大まかな生活を把握する。

週間サービス計画表については、

31ページをご覧ください。



○ポイント

- ・第1表と第2表を踏まえた支援の内容は、第3表を通して視覚的に把握することができます。それぞれのサービスと利用者の生活における関連性が見えるものとなり、見落としや見誤りなどないかが確認できます。
- ・利用者自身も生活全般の過ごし方を具体的にイメージすることができ、自立に向けた主体的な取組みが期待できます。また週単位の生活を把握することで、それぞれの役割（利用者、家族、サービス担当者、ケアマネジャー、その他）を認識することができ、円滑なチームケアを深めることができます。

○確認しましょう

- 介護保険以外の取り組みについても記載ができており、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む生活全体の流れが見える記載となっている。
- 円滑なチームケアが実践できるような、わかりやすい記載がなされている。
- 「週単位以外のサービス」欄の目的を理解し、記載している。
- 日常生活を把握するため、利用者の24時間の予定（起床、食事、就寝等）を記載している。

- 質問1 記載事項に漏れがないよう、常に確認をしていますか？
- 質問2 「課題」の整理はできましたか？
また、それらの「課題」は「利用者及び家族の生活に対する意向」に関連性がありますか？
- 質問3 家族は、どのような思いで利用者を支えていこうと考えていますか？
- 質問4 利用者及び家族の「生活に対する意向」は、アセスメントを進め、課題が明確になっていく過程において、面接当初と比べてどのような変化が生じましたか？
- 質問5 総合的な援助の方針はどのようなプロセスを踏んで決定しましたか？
- 質問6 生活援助中心型を算定した理由は何ですか？



1. 記載すべき内容を理解し、記載漏れがなく

利用者に説明・同意を得られる。

質問 1

記載事項に漏れがないよう、常に確認をしていますか？



ポイント

- 第1表（居宅サービス計画書(1)）は、居宅サービス計画全体の方向性を示すものとなります。
- 介護保険被保険者証に介護認定審査会の意見が記載されている場合には、単に転記するだけでなく、その内容について、利用者及び家族と確認し合いながら転記を行うことが大切です。
- また、介護認定審査会の意見及びサービス種類の指定がある場合で、利用者の拒否や資源の不足等があった場合には、その理由を第5表（居宅介護支援経過）に記録しておく必要があります。
- はじめて介護保険サービスを利用する利用者及び家族においては、介護保険被保険者証の記載事項の意味がわからないことも多々あります。必要に応じて介護保険のパンフレットなどを用いながら、わかりやすく丁寧に説明を行う工夫が必要です。
- 必要な情報を記載することが、適正なケアプランを作成するために重要な作業となりますので、記載漏れのないようにします。

確認しましょう



- 介護保険被保険者証の情報が記載されている。
- 「利用者及び家族の生活に対する意向」欄の記載がされている。
- 「介護認定審査会からの意見及びサービスの種類の指定」がある場合には、その内容が記載されている。
- 「総合的な援助の方針」欄が記載されている。
- 「生活援助中心型の算定理由」欄が記載されている。
- 必要事項の全てが記載されており、利用者及び家族が理解できるように説明できる。

2. 適切なアセスメントを行い、

「利用者及び家族の生活に対する意向」を的確に捉える。

質問2

「課題」の整理はできましたか？

また、それらの「課題」は「利用者及び家族の生活に対する意向」に関連性がありますか？



ポイント

- ケアプランは利用者の「要望」に沿うサービスを単に記載したものではなく、利用者がこれからの自立した生活に向けて希望が見い出される計画書である必要があります。そのためには適切なアセスメント（客観的な指標）過程を経て、課題を抽出していくことが大切になります。
- 利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援するためには、「解決すべき課題」がきちんと押さえられているかを確認する必要があります。また、その課題は、利用者及び家族が介護保険サービスやインフォーマルサービスを利用することにより、改善されるイメージを持つことができるような内容とします。「望む生活」に向けて利用者自らが課題解決へと積極的に取り組む姿勢を引き出すことが大切です。
- 利用者と家族の意向が異なる場合は、それぞれの意向を記載しておくことが大切です。ありのままの記載ができないとき（高齢者虐待等）には、第5表（居宅介護支援経過）にその記録を残しておくなどの工夫も必要になります。
- 解決すべき課題を把握するには、利用者の主訴や相談内容等をもとに、利用者自身が持っている力や生活環境等の評価を含めて、利用者が現に抱える問題点を明らかにしていくことが必要です。
- 初回のプラン作成では、望む生活が直ちに全て明らかにならない場合もありますが、その過程を経ることによって関係性が構築され、明らかになっていくということを認識することが大切です。

確認しましょう



- アセスメントの結果、「利用者及び家族の生活に対する意向」が把握でき、課題の整理ができている。
- 認定調査票、主治医意見書、介護保険被保険者証、主治医、サービス提供事業者等からの情報提供など、利用者及び家族からの情報以外にも必要に応じて関係者から意見を収集し、意向や課題が明確になるように支援している。
- 利用者及び家族が、これからの望む生活のイメージができている。

3. 家族がどのような思い（意識）で利用者を支えていこうと考えているかを聴き、家族の「介護力（家族の支える力）」や介護に対する思いを把握する。

質問3

家族は、どのような思いで利用者を支えていこうと考えていますか？



ポイント

- 家族が利用者の現況をどのように受け止め、また、どのように本人を支えていこうとしているかを知ることは、家族の持つ力を知る上で、アセスメントには欠かせないものです。
- 同じようなADL（日常生活動作）やIADL（日常生活関連動作）の状況にある人でも、家族の関わり方によっては、利用者の生活は異なるものです。介護者自身の健康や性格、価値観、時間的な余裕や経済力、介護に対する思い、また、それまでの利用者との人間関係など、様々なものが複雑に影響しあいます。
- 介護に費やす時間や費用に関する考え方は、千差万別です。ケアマネジャー側の価値観等を押しつけることのないように留意することが必要です。
- 介護サービスの利用を制限するために、家族が行うことを強要しないようにします。
- はじめて介護に直面した、少し慣れてきた、経験が長くなった家族等、介護に関する不安や悩みは様々です。そうした介護の期間や経験なども勘案し、情報収集やアセスメントを行うことが大切です。
- 家族としての役割を果たすことは考えつつも、本人との関係に悩んでいるなど、「家族としての葛藤」を理解することが必要です。
- サービスの導入には、家族の介護負担の軽減という視点もありますが、介護サービスが入ると家族は安心して、介護は専門家に任せようと、今までしていたことをしなくなる場合もありますので注意が必要です。
- 家族や身内が行うことの意義についても十分説明を行いながら、インフォーマルな支えがどの程度可能かを把握しておくことも大切です。



確認しましょう

- 家族が今一番困っていることを受け止めた上で、家族として「できること」「できないこと」を把握している。
- 家族が何気なく漏らした「介護に対する言葉」をきちんと受け止め、意識している。
- ケアマネジャー個人が思い描く家族像を押し付けていない。

4. 利用者及び家族からの要望をそのままサービス計画に反映させているだけでなく、情報提供していくことで生活や介護に対するイメージを抱ける等、変化を確認できる。

質問 4

利用者及び家族の「生活に対する意向」は、アセスメントを進め、課題が明確になっていく過程において、面接当初と比べてどのような変化が生まれましたか？



ポイント

- 面接当初の利用者及び家族が訴える「生活に対する意向」では、今起こっている生活についての困りごとやこうしてもらいたいという要望が中心に話されることがあります。その背景には、今の状況に対する「不安、悩み、焦り、介護者への気兼ね・遠慮、ストレス、介護負担」など様々な問題が利用者側及び介護者側にあり、整理されないまま言葉に表してしまうことがあるからです。
- アセスメントの過程においては、そうした利用者及び介護者自身が抱える問題の背景を明らかにし、情報不足から来る不安や悩み等に対して、必要な情報（介護の工夫、サービスの利用等）を提供していくことが必要になります。
- また、「予後予測の見立て（介護サービスを利用することにより改善される生活のイメージを持つこと）」が行えたかも非常に大切な視点となります。こうした視点があると、利用者及び家族も介護の見通しが立ち、生活や介護に対するイメージも変わっていくことがあります。
- 初回面接時からアセスメントを通じて「生活に対する意向」に大きな変化が見られないこともあります。変化がないことが、そのままアセスメント過程に問題があるとは限りません。
- 利用者及び家族によっては、介護保険サービス等に関する情報を新聞や本を通じて得ている場合など、解釈が主観的であったり（誤った理解）、知識が不十分なために「誤解」が生じてしまったりすることもあるので、正しい情報提供が重要です。

確認しましょう



- 利用者及び家族の生活に対する意向とアセスメントの結果が合致している。
- 介護サービスを利用するための課題抽出になっていない。
- 利用者及び家族が、改善可能であろうと思う生活を具体的にイメージできている。

5. 総合的な援助の方針は、アセスメントにより抽出された課題に対し、利用者が望む生活の実現に向けてケアチーム（利用者及び家族を含む）が到達すべき方向性を示すものとする。

質問 5

総合的な援助の方針はどのようなプロセスを踏んで決定しましたか？



ポイント

- 「総合的な援助の方針」欄は、ケアマネジャーが目指す方針ではなく、利用者及び家族の意向を援助者側の立場から捉え直したもので、サービス提供者の共通する援助目標となるものです。
- 第2表（居宅サービス計画書(2)）の生活の課題にあがっていない内容が総合的な援助の方針に入っている場合は、アセスメントの過程を振り返る必要があります。
- 利用者や家族が「望む生活」を目指して、ケアチームが取り組む内容や支援の方向性がわかりやすい表現となっていることが大切です。
- 緊急事態が予測される場合（認知症や医療依存度の高い方など）には、利用者及び家族と相談した上で、緊急時の対応機関やその連絡先等についても把握しておきます。あらかじめ支援者の中でも、どのような場合を緊急事態と考えているかを明確にし、その対応について、利用者・家族・関係者といったケアチームの中での共通認識を持つておくことで、スムーズな対応が図れます。
- 専門用語の使用はできるだけ避け、わかりやすい表現で記載するなどの工夫が必要です。
- 表現が抽象的でなく、各個別サービス計画の方向性やサービス内容が組み立てやすい内容となっていることが重要です。

確認しましょう



- 利用者及び家族を含むケアチームが、目指すべき方向性を確認し合える内容が記載されている。
- 緊急事態が想定される場合は、対応機関やその連絡先、対応の方法等についての記載がされている。
- サービス担当者会議が行われ、ケアチームが目指すべき方向性を共有している。
- やむを得ず、サービス担当者会議に出席できなかった者がいた場合に、どのようにケアチームの方向性を確認し、合意形成したのかを確認できる。

6. 居宅サービス計画に生活援助中心型の訪問介護を位置づける場合、その算定理由となる根拠が明確である。

質問 6

生活援助中心型を算定した理由は何ですか？



ポイント

- 「生活援助中心型の算定理由」欄は、「一人暮らし」「家族等が障害、疾病等」「その他」の3つに分けられています。いずれにおいても、生活援助中心型を算定する理由（必要性）はアセスメントから導き出されます。
- 「一人暮らし」「家族等が障害、疾病等」による場合は、比較的算定の理由が明確ですが、「その他」を理由として生活援助中心型を算定するには、理由をきちんと整理し、記載しておく必要があります。
- やむを得ない理由により生活援助中心型で算定したサービス内容も、利用者及び家族の変化（病気の治癒、虐待の改善等）に応じて、本人の自立支援に必要なサービスに切り替えていけるように、モニタリングを適切に行うことが必要です。
 - ・・・算定理由については、第1表（居宅サービス計画書(1)）への記載が難しい事情（末期ガン等の病気、虐待等）がある場合は、第5表（居宅介護支援経過）等にその理由を記載するなどの配慮が必要となります。
- 算定の判断に迷う場合には、事業所内で検討を行い、さらに保険者や地域包括支援センターに相談することも大切になります。

確認しましょう



□生活援助中心型の算定理由を、ケアマネジャー自身が根拠をもって説明できる。

- 質問1 「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の原因や背景は何ですか？
- 質問2 課題の優先順位を決める上で、大切なことはどのようなことだと思いますか？
- 質問3 生活全般の解決すべき課題が、利用者及び家族にもわかりやすい表現を用い、取り組みの意欲が生まれるような記載を心がけていますか？
- 質問4 利用者や家族の「困りごと」に対してどのような受け止め方をしましたか？
- 質問5 長期目標は、どのように設定しましたか？
利用者自身が、課題（ニーズ）ごとに支援を受けながら、自分自身も努力する到達点として、具体的にわかりやすく記載できていますか？
- 質問6 短期目標は、長期目標を達成するための具体的な活動の目標になっていますか？
- 質問7 課題を解決するための「単なるサービス内容」の記載だけではなく、どのような点に注意すべきか、どういったことを大切にすべきか等の視点も含めた、具体的な記載内容となっていますか？
- 質問8 計画したサービス内容を適切に提供するために、サービス種別はどのような資源を検討し、決定しましたか？
- 質問9 サービスの利用頻度と期間の見直しは、いつ頃、どのように行いますか？



1. それぞれの課題（ニーズ）が導き出された経緯（原因や背景）を振り返ることで、自立支援に向けた適切なアセスメントを行う。

質問 1

「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」の原因や背景は何ですか？



ポイント

- 第2表（居宅サービス計画書(2)）は、居宅サービス計画全体の中核になるものです。どのような課題（ニーズ）があり、それを解決するために何を指すのかということを確認していくことが必要になります。
- 利用者及び家族の抱える問題点や困りごとに対して、安易にサービスで対応するというのではなく、利用者及び家族とともに、その問題や困りごとの本質（原因・背景）を解決するには何が必要なのかを明らかにしていく過程が大切になります。
- 「できない」「できるのにしていない」「している」などの行為の現状把握だけではなく、その状況を招いている原因や背景についての整理が必要です。その上で「できるようになる」「するようになる」など改善の可能性を探ります。
- サービスは課題（ニーズ）を解決するための一つの手段であることを理解し、利用者が自立を目指していけるような内容となっていることが大切になります。
- 生活する上で介護サービスの利用の必要性がない課題についても記載されていることが大切です。利用者及び家族が取り組んでいくセルフケアや家族支援等を含む生活全体の課題について、アセスメントがなされていることが必要です。
- 個人的な視点やアセスメントソフト等によって、画一的な表現や課題分析が行なわれないようにします。
- 課題設定と表現は、本人が「できないこと」を記載するものではありません。問題点の指摘ではなく、自立に向けた意欲に転換することが大切な視点です。

確認しましょう



- 状態(状況)の改善・維持・悪化防止など、自立支援に向けたアセスメントの視点をもとに、それぞれの課題（ニーズ）が導き出されている。
- それぞれの課題（ニーズ）が導き出された原因や背景を押さえている。
- サービス主体の課題抽出となっていない。
- 「生活全般の解決すべき課題(ニーズ)」欄にサービスの種類を記載していない。

2. 優先すべき課題の整理を行う。

(例：緊急の課題、医師等の専門職からの課題、本人の動機づけとなる課題、改善の効果が見込まれる課題、悪循環を作り出す原因となっている課題 など)

質問2

課題の優先順位を決める上で、大切なことはどのようなことだと思いますか？



ポイント

- 課題の優先順位をつける作業では、様々な視点からアセスメントした結果抽出された生活課題を関連付け、まとめていきます。その中で利用者及び家族が優先的に解決したいと思う課題や取り組みたいという意欲的な課題から優先するなど、利用者及び家族の意向を組むことも必要です。
- しかし、生命の危険が脅かされるような状況がある場合や虐待等のリスクが高い場合、また状態の悪化を防ぐために必要な医療上の課題等、緊急性の高い課題があれば、それらを優先課題としてあげるなどの状況判断も必要になります。
- 改善の効果が見込まれる課題や悪循環を作り出す課題については、利用者及び家族に十分な説明を行い、将来的な予測や見立てを具体的に示すことが必要です。その中で、利用者及び家族が捉えていた課題の優先順位が変化していくことがあります。
- 優先順位は継続して同じということではなく、利用者及び家族の状況の変化によって、その都度異なっていくものであるため、モニタリングが重要だということを改めて押さえておく必要があります。
- アセスメントの途中であっても、緊急時にはサービスの手配（調整）を先に行い、アセスメントした内容の記録が後になることもあり得ます。
- ケアマネジメントは、利用者本位・利用者主体が原則ですが、時には利用者本位を貫くことに配慮しながらも、家族の介護負担軽減等が優先課題として先にあがることもあります。
- 課題の整理をする過程においても、利用者及び家族が積極的に参加できるような工夫や配慮が大切です。

確認しよう



- 優先すべき課題の項目に応じた課題の整理が行えている。
- 利用者及び家族に対し、医師等の意見も参考に予後予測を立てた根拠を説明している。
- 課題の優先順位に支障や理解の違いが生じた場合、調整している。
- 利用者と家族のニーズの相違点については、第5表（居宅介護支援経過）に書き留めるなどの工夫が行えている。
- ケアマネジャーが一方向的に提案した課題になっていない。

3. アセスメントの結果を踏まえ、一定期間後に実際に達成できそうな課題を、わかりやすい表現で記載する。

質問3

生活全般の解決すべき課題が、利用者及び家族にもわかりやすい表現を用い、取り組みの意欲が生まれるような記載を心がけていますか？



ポイント

- 生活全般の解決すべき課題を、利用者と家族が、「自分達の課題（ニーズ）」として捉えていることが重要です。難しい専門用語を避け、理解しやすいようにします。利用者自身が表現した「言葉」を引用することで、意欲が高まり、自分のニーズとして捉えることが出来るようになることもあります。
- 課題は、漠然としたまとめ方ではなく、利用者が主体的な取り組みを始めようと思えるようなわかりやすい記載の方法を心がけることが大切です。
- 病気や障害があっても、残された機能や能力で、できることはたくさんあります。ケアマネジャーが、利用者と一緒にできることを見つけていく作業を、丁寧に積極的に行うことで、ネガティブ(否定的)だった利用者自身の気持ちに徐々に変化が現れ、次第に気持ちがポジティブ(前向き)に変わっていくことがあります。その経過を大切にすることが利用者や家族との信頼関係を深めることにつながります。
 - …「主訴」として始まったヘルパー利用の希望も、元気だった頃のように調理ができないことが不安要素だとわかれば、その方が安心して調理に取り組んでみようと思えるものを提案していくことができます。そうなれば「調理ができないので困っている」という課題ではなく、「片手での調理に不安はあるが、調理方法を工夫することにより、徐々に料理のレパートリーを増やしていく」ことを考えていくことができます。
- 「安全・安楽に過ごす」等の、抽象的かつ誰にでも当てはまるようなニーズの表現は極力避けていきます。利用者によって捉え方に違いがありますので、アセスメント等を通じて、ケアマネジャーが専門職の視点により、その人にとっての安全・安楽とは何かを共に考え、具体的にその内容を表現できることが大切です。
- 原則はポジティブ(前向き)な表現を用いますが、「〇〇できない」「〇〇に困っている」などの表現の方が、利用者に伝わりやすい場合もあります。全てをポジティブに記載するのではなく、利用者がニーズを理解できるような記載方法になっているかを確認することが大切です。その上で、原因や背景に目を向け、どうしていくのが利用者や家族にとって最良なのかを、共に考えていく姿勢を持つことができたかを確認することが大切です。

確認しましょう



- 生活に対する意向と生活全般の解決すべき課題（ニーズ）の関連付けがされている。
- ポジティブ(前向き)な表現方法で、わかりやすい内容の記載がされている。
- 利用者の取り組むべき課題が明確になっている。
- 利用者の望む生活を実現する課題となっている。

4. 利用者及び家族の「困りごと」に対して、原因や背景を十分にアセスメントし、サービス提供のみを目的とした計画を立てていないか見直す。困りごとの原因や背景に何があるのかを一緒に探していく作業を通じ、利用者自身が求めている生活、大切にしたいものが何かを把握した上で、専門職としての分析結果も加え、ニーズとすり合わせをする。

質問 4

利用者や家族の「困りごと」に対してどのような受け止め方をしましたか？



ポイント

- ケアマネジャーの業務の柱は、利用者の「自立支援」にあります。
単に困りごとを聞いては、「自立支援」にはつながりにくいものです。
困りごとの事実、実態を把握した上で、どうしてそのような困りごとが生まれているのか、その原因や背景を利用者及び家族とともに探っていく作業が、「自立支援」には欠かせないものです。
- その過程において、一方的にケアマネジャーが気付いたことを伝えていくのではなく、利用者や家族に「どうしてこんなことが起きているのか？どうして今、このことに困っているのか？どうしたらその困りごとは解消、改善されるのか？」と考える時間を意識的にとることも必要です。
他人から指摘・示唆された内容よりも、自らが気付いた事柄に対しては主体的になれるものです。利用者及び家族の言動・表情・声色・手振り・身振り等を観察しながら、語られた言葉だけに注視せず、表現されなかった内容については、言葉を引き出すきっかけを作るなどの工夫を行うことで、気づきを促せる場合があります。
- ケアマネジャーも業務に慣れない間は、時に利用者及び家族の困りごとに振り回されることがありますが、要望を単に受け止めることへのリスクの高さを、利用者及び家族に説明することはとても大切です。
…例えば、長時間立っていることが辛いという理由で、家事全般を訪問介護で担って欲しいという要望があったとします。長時間という時間がどの程度の時間を指しているのか？痛みのコントロールの方法はないのか？その状態は今後、治療や生活上の工夫により改善できるものなのか？どの程度の家事ならできる範囲にあるのか？など、十分なアセスメントを行わず、安易にサービスを提供することで、さらに活動量が減少し、介護度の悪化へつながる恐れがあります。また、そのことは、利用者が望む生活への到達時間を遅らせるだけではなく、到達そのものが難しくなる可能性を秘めています。

- 利用者や家族の状況によっては、とりあえずは「困りごと」を解消するという関わりの中から、徐々にケアマネジャーとの信頼関係やサービス提供事業者との関係性を深めていくことで、本当に必要な支援が展開できるようになることがあります。
- 「困りごと」の原因や背景の状況が分析できていないような場合は、課題分析の項目に遡って、再アセスメントをします。
 - 一側面だけを捉えているような場合は、利用者や家族が話した言葉や態度、表情など、様々な角度から必要な項目について再アセスメントをします。
- ケアマネジャーの個人的な感情や価値観等で判断していないか振り返りましょう。
- 介護度や身体の状態が同じだからといって、一律に同じサービスが必要というわけではありません。利用者のライフスタイルや生活環境によっても「できること」の可能性は多くあるという考え方が必要です。



確認しましょう

- アセスメントを十分に行うことなく利用者及び家族の要望をそのまま受け止め、サービス提供することへのリスクについて理解し、そのことが介護度の悪化につながる可能性も秘めていることを利用者及び家族に対し説明ができています。
- 利用者及び家族の困りごとを受け止め、その原因や背景に何があるのかを把握分析した上で、居宅サービス計画書に反映している。

5. 長期目標は、短期目標が一つずつ解決できたゴール（結果）として、利用者及び家族が具体的にイメージできるような表現で記載する。

質問5

長期目標は、どのように設定しましたか？

利用者自身が、課題（ニーズ）ごとに支援を受けながら、自分自身も努力する到達点として、具体的にわかりやすく記載できていますか？



ポイント

- 「課題(ニーズ)」とは、利用者及び家族が解決したい事柄であり、自立支援に向けての最初の一步になります。「目標」とは、課題達成に向けての具体的に取り組む内容のゴール（結果）になります。そのためには、具体的に達成すべき内容がわかりやすくイメージできる記載であることが大切になります。
- 長期目標は、いつまでに、どのレベルまで解決するのか（達成するのか）を記載したものです。利用者及び家族の取り組みの状況によっては、目標そのものが理解されているかを検討することや状況の変化に応じて目標を修正することも必要となります。
- 家族、ケアチームなど、利用者とともに目標を目指す支援者の考えを、利用者に押し付け不要なよう注意が必要です。
- 生活全般の解決すべき課題（ニーズ）とかけ離れた長期目標になっていないか注意が必要です。
- 加齢や疾患の影響により心身の状態や体調が変化し、心身機能が低下することで、目標の期間や内容の設定にも影響が出てくる場合には、モニタリングを通して修正を行います。
- 長期目標は、課題に対して具体的に達成すべき「結果」としてイメージできる表現や記載が大切になります。



確認しましょう

- 解決すべき課題を目指した、達成可能な目標設定になっている。
- 達成可能な目標とし、具体的でわかりやすい表現にする。
- 認定期間も考慮しながら、達成可能となる目標と期間の設定となっている。
- 目標達成時期の具体的な状態像を踏まえた記載となっている。
- 状態の変化に応じた目標設定になっている。
- サービスの利用が目標になっていない。

6. 短期目標は、長期目標を達成するための具体的な活動（支援）の目標と期間の設定とする。

質問6

短期目標は、長期目標を達成するための具体的な活動の目標になっていますか？



ポイント

- 「短期目標」は、「長期目標」を達成するために段階的に計画する具体的な活動（支援）の目標となります。
短期目標の積み上げの先に、長期目標の達成があり、長期目標の達成が課題（ニーズ）の解決につながり、課題の解決の先に利用者の「望む生活」が見えてきます。
- 課題ごとに解決の要点を整理し、すぐに始められる「取り組み目標」として具体的な表記であることが大切です。目標ごとに番号を付けるなど、整理をした目標設定にする場合もあります。
- 現在の状況を踏まえて、1～3ヶ月後には「〇〇まで改善したい」、1～3ヶ月間は「〇〇を取り組み、〇〇までできるようになる」など、利用者や家族にとって具体的な達成目標や取り組み目標を設定します。
- 実際には取り組みを始めたことで早期に短期目標を達成することもあり、その場合は目標の前倒しも出てきます。また、設定が高すぎる、早急すぎるなどもわかってくるので、短期目標の内容や目標期間の変更は随時行うこととなります。
- 利用者及び家族は心身の状態が不安定な場合もあり、将来への不安と戸惑い、後ろ向きな気分で日々を過ごすことがあります。そこにケアマネジャーの思い込みや決めつけで「高い目標」を設定し、結果として、できないことで自己否定や自信喪失にいたる場合もあります。そのため、短期目標でのポイントは、利用者及び家族に「実感のわく内容」「まずやってみようと思える内容」もしくは「あまり気が進まなかったけど、必要なことなんだな」と思える内容にすることも大切です。また、利用者自身の取り組みを促す場合においては、その内容が客観的に見て妥当であり、明確であることが大切になります。
- 高めの目標は短期目標で「小分け」にして、利用者及び家族に「ささやかな達成感」と「小さな成功体験」を得てもらうことは、生活への意欲を引き出す効果を期待できます。

- 服薬や通院等の疾患・健康管理など、心身の状態に影響を及ぼしやすく、かつ緊急度の高い目標がある場合、ケアチーム（本人、家族、医療関係者、サービス提供事業者等）が果たす役割について、具体的にわかりやすい表現の記載を心がけます。
- 短期目標は、サービス提供事業者がそれぞれに作成する個別サービス計画の目標となる場合もあるので、それらを意識した具体的な記載を心がけます。

確認しましょう



- 長期目標を達成するための段階的な目標と期間になっている。
- サービス提供事業者が個別サービス計画書を立てる際の指標になっている。
- 抽象的な目標設定ではなく、利用者及び家族等が具体的に何をするのかをイメージすることができる表記となっており、取り組む内容がわかるような記載になっている。

**7. 援助内容（サービス内容・種別・頻度・期間）は、目標を達成するために必要なものである。
サービスを利用することが目的ではなく、課題（ニーズ）を解決するための手段の一つとしてサービスがあることを理解する。**

質問 7

課題を解決するための「単なるサービス内容」の記載だけでなく、どのような点に注意すべきか、どういったことを大切にすべきか等の視点も含めた、具体的な記載内容となっていますか？



ポイント

- 目標達成のために具体的に何を行うのかを明確にし、利用者の意欲が高まるような内容を提案したり、利用者自身にもどのような取組みが必要かを考えてもらったりした上で、合意した内容を援助内容として決定することが大切です。
- 「サービス内容」欄には、利用するサービスの内容を単に記載するというより、目標を達成するために必要な支援のポイントや利用者（セルフケア）、家族の役割等を記載するという視点を持つことが大切になります。
- 主治医意見書等において提案されている留意事項等も、サービス担当者会議においてサービス内容を検討する際に勘案することが大切です。
- サービス提供事業者が作成するサービス計画において必要なサービス項目（送迎や食事など）や、加算の対象になっているサービス項目（入浴・個別リハビリ・栄養マネジメント等）についても漏れなく記載されていることが重要です。
- 加算項目を記載する際には、その必要性について説明できることが大切です。
サービス提供事業者から言われただけで、機械的に記載していないか確認します。
- 利用者及び家族が理解できる言葉で記載します。
- サービス内容の記載だけではなく、そのサービス内容を入れた根拠も記載します。
- 家族を含むインフォーマルな支援やセルフケアを含む場合、アセスメントして無理や負担のないように留意します。また、インフォーマルな支援が入っていない場合に直ちに不適切というのではなく、インフォーマルな支援の必要性を検討します。



確認しましょう

- 短期目標の達成に必要なサービス内容となっている。
- 家族を含むインフォーマルな支援の記載がある。
- 利用者自身のセルフケアも記載がある。
- サービス提供者が担う役割等についても、必要に応じた記載がある。
- 主治医等の専門家から示された留意事項等の記載がある。
- サービス内容を入れた根拠を説明できる。

8. 短期目標達成のために必要なサービス（フォーマル・インフォーマル含む）を検討する。

質問 8

計画したサービス内容を適切に提供するために、サービス種別はどのような資源を検討し、決定しましたか？



ポイント

- 短期目標の達成に必要なサービスの種類（資源）には、利用者（セルフケア）、家族を含むインフォーマルな支援、介護保険サービスなどがあります。
- サービス内容は、個別サービス計画書と連動していることから、主要なサービス項目（食事介助、清拭等）を漏れなく記載することも大切であり、本人の自立を支援するようなサービス内容でなければ、目標の達成、課題の解決にはつながりません。そのためには、具体的なサービス項目を記載するとともに、そのサービスが利用者の自立支援にどのように結びついていくのかを理解し、サービス提供事業者と目指す方向性を共有できていることが大切です。
- サービス内容によっては、通院、服薬、治療など医療サービスに関わる種別（例：医院、病院、薬局、鍼灸院等）や実費で利用されるサービス（例：タクシー送迎、配食サービス等）もあります。これらの医療サービスや実費サービスも利用者及び家族にとっては「生活を支えてくれる資源」です。サービス内容と種別は介護保険給付の有無に関わらず、必要に応じてケアプランに記載するようにします。
- 「サービス種別」欄には、家族による援助（すでに行っていることも含む）もできるだけ記載し、家族参加の動機づけを行うなどの工夫が必要です。サービス担当者会議で専門的な見地から示された留意点や配慮については、サービス内容の「条件」として「サービス内容」欄に記載することも大切です。
- 「サービス種別」欄は正式なサービス名と事業所名を記載し、内容と種別に番号を付ける、線を引くなどの工夫をして、関連性が利用者及び家族にわかるようにします。

確認しましょう



- まずは短期目標を達成するためのサービス種別となっている。
- 医療ニーズの高い利用者には、医療系サービス（介護保険及び医療保険も含め、実費費用）も盛り込まれている。
- 特定のサービスによる偏りが無い。
- 主治医意見書やサービス担当者会議の意見を反映している。
- サービス導入の目的が目標と合っている。
- 必要に応じ、家族を含むインフォーマルな支援なども記載している。

9. サービス内容と種別ごとに、短期目標の達成に向けて利用頻度と期間を設定する。利用期間については、モニタリングを行うことを意識して、必要な期間設定とする。

質問 9

サービスの利用頻度と期間の見直しは、いつ頃、どのように行いますか？



ポイント

- サービスの利用頻度と期間については、短期目標の期間と連動し、短期目標の達成に必要な回数と期間設定になっているかが大切です。「(期間)」欄には、開始日と終了予定日を記載します。
- 利用者及び家族の「生活リズム」を考慮すると、利用が始まってからサービス時間や時間帯、サービス事業所の変更の希望が出てくる場合があります。サービス導入後の利用者や家族の生活状況の変化等に留意しながら、生活リズムの中に必要なサービスが無理なく位置づけられているかモニタリングを行い、予定と異なる進捗状況が発生すれば、頻度や期間を見直すだけでなく、ケアプラン全体の修正が必要となることがあります。
- サービスを使い慣れていない初期の段階では、まず週1回の訪問介護で「他人が家に入ることに慣れる」、週1回の通所介護で「集団に慣れ、知り合いを作る」期間とするなど、利用者及び家族にとっても「無理のない」利用方法を共に考えることが大切です。
- 利用者及び家族の「サービスの受け入れ」の度合い(心理面、体力面)も配慮します。
- 必要に応じて介護保険サービス以外の家族を含むインフォーマルな支援の頻度を増やすことの検討も必要となります。
- 利用者の「生活リズム」に合わせた利用時間帯と頻度、家族の介護負担軽減に配慮した利用頻度に留意します。
- サービス提供・チームケアが効果的に機能しているかを検証するため、特にサービス導入直後のモニタリングは重要になります。
- 利用頻度や時間帯など、効果的な導入方法については、サービス提供事業者の専門的意見を聞くことも大切です。
- 期間については、すべてのサービス内容や種別が同時並行で導入され利用されるものとは限りません。導入する「順序」に計画性を持つことが重要です。



確認しましょう

- モニタリングでの評価も参考にし、短期目標の期間であっても、必要に応じ、援助内容(サービス内容・種別・頻度・期間)の見直しを行っている。
- 利用者及び家族の意向を考慮し、柔軟な対応が出来るよう、サービス導入にあたりサービス提供事業者との連携を図っている。
- サービス導入後の変化を予測できている。
- サービス時間・曜日について、サービス提供事業者の都合が優先されていない。

第3表 週間サービス計画表

第3表	週間サービス計画表	作成年月日 年 月 日 年 月分より							
利用者名 殿								主な日常生活上の活動	
深夜 早朝 午前 午後 夜間 深夜	4:00	月	火	水	木	金	土	日	
	6:00								
	8:00								
	10:00								
	12:00								
	14:00								
	16:00								
	18:00								
	20:00								
	22:00								
	24:00								
	2:00								
	4:00								
週単位以外 のサービス									

- 質問1 週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立て方について、どのように考えていますか？
- 質問2 利用者の主な日常生活について、どのように把握しましたか？
また、その人らしい生活がイメージできていますか？
- 質問3 週間サービスは、利用者及び家族の状況（意向、状況等）にあった計画になりましたか？
- 質問4 「週単位以外のサービス」欄には何を記載していますか？



1. 介護保険サービスと家族支援を含むインフォーマルサービス等のバランスがとれたケアプランとし、週間サービス計画表を立てる意義について理解する。

質問 1

週間サービス計画表の活用方法やサービスの組み立て方について、どのように考えていますか？



ポイント

- 第1表（居宅サービス計画書(1)）と第2表（居宅サービス計画書(2)）を踏まえた支援の内容は、第3表（週間サービス計画表）を通して計画書としての全体的なバランスを把握することができます。それぞれのサービスと利用者の生活における関連性が見えるものとなり、見落としや見誤りなどないか確認できます。
- 第3表により利用する一週間のサービス「量」を見ることで、「利用したい」が現実には減らさざるを得ない場合、また、要望のみが先行し「必要以上と思われるサービス」「支給限度額いっぱいのサービス」になっている場合などには、サービスを再検討する際の資料として活用できます。
- 介護保険以外のセルフケアや家族介護などについても記載しておくことで、利用者を支える生活全体が見えやすくなります。特に、利用者自身がセルフケアで継続して取組みを行っていることなどを記載し、ケアチームで共有しあうことで、利用者のモチベーションを高めることにつながる場合があります。
- 第3表は、介護サービスの利用時間を一週間単位で確認できるので、生活全般の過ごし方を具体的にイメージすることができます。また、サービス提供者（ヘルパー等）も、曜日や時間帯ごとのサービスの利用状況を確認することにより他のサービスとの役割分担や連携を認識することができるので、チームケアを行う上においても効果的です。
- 第3表を作成する際は、介護サービスの利用日と時間帯など利用者の希望や事情だけでなく、介護する家族の事情も影響します。また、サービス提供事業者側の定員、送迎コース、受け入れ体制などもあり、すべて意向通りとはならない場合もあります。特に、利用初期の1～3カ月間は、サービスに慣れない利用者及び家族とサービス提供事業者間の調整により、再三変更することもあります。
- 週単位以外のサービス（居宅療養管理指導や短期入所、福祉用具、医療や保健福祉サービス、地域の活動等）についても記載しておくことが大切です。
- 利用者本人の心身の機能の改善・低下等で週間サービスを見直すことを、利用者や家族に伝えておきます。

確認しましょう



- 目標を達成するために取り組みが必要だと思われるサービスに偏りが無い。
- 介護保険サービス以外の取り組みについても記載ができており、家族の支援や利用者のセルフケアなどを含む、生活全体の流れが見える記載となっている。
- 夜間を含めた介護者の介護への関わりの内容（整容・排泄・吸引・吸入・食事・移動・入浴・清拭・体位変換・移乗等）が具体的に記載されている。
- 円滑なチームケアが実践できるような、わかりやすい記載がなされている。

2. 利用者及び家族の日常の過ごし方を把握することで、利用者及び家族の生活全体を捉え、情報収集やアセスメントの過程に見落としがないか見直しをする。

質問 2

利用者の主な日常生活について、どのように把握しましたか？
また、その人らしい生活がイメージできていますか？



ポイント

- 「主な日常生活上の活動」欄には、利用者の平均的な一日の過ごし方をできるだけ具体的に記載します。記載することで、その人らしい「一日の生活リズム」を基本に置いた、サービス提供の曜日と時間の組み立て、家族を含めた関わるタイミング、配慮すべき留意点（例：不穏になる時間に訪問介護や家族の支援を入れる等）に対応することが可能となります。
- 「主な日常生活上の活動」欄を記載することで、家族が利用者の過ごし方を具体的に知ることができます。同居であっても、一日や一週間を把握しきれていないことがあるので、生活リズムを知ってもらう必要があります。
- 利用者から聴き取ることを基本とし、その際に、現在の過ごし方だけでなく、要介護となる前の過ごし方、利用者が今後望む過ごし方も含めて把握することが大切です。
- 利用者が認知症等により意思を表せない場合は、家族から情報収集します。家族から「一日の過ごし方」を情報収集することにより、家族の関わりを作る効果も期待できます。
- 現在の生活のイメージを持つことで、今の生活課題と生活リズムとの関係性を分析することができます。一日の生活をアセスメントすることで、課題の解決に向けた「きっかけづくり」につながる場合があることを理解しておきます。
- 第3表の書式では、「主な日常生活上の活動」欄が右端にあるために、介護サービス中心に一週間が組み立てられる印象があり、結果的に利用者の「一日の過ごし方」が軽視されてしまう危険があるので注意が必要です。
- 一度に全てを聞き出そうとせず、利用者の心身状況や性格等も考慮しながら、相手に不快感を与えないような把握の仕方をするのが大切です。
- 主たる介護者の「介護の関わり」と不在の時間帯等についても記載をします。

確認しよう



- 起床時間から就寝までの「一日の生活リズム」（整容、食事、散歩、掃除、昼寝、買物、洗濯、入浴等）が具体的に記載されている。
- 夜間を含めた介護者の介護への関わりの内容（整容、排泄、食事、入浴・清拭、体位変換、移動・移乗等）が具体的に記載されている。
- 一日の生活の中で習慣化していることが記載されている。
- 主たる介護者の「介護への関わり」や不在の時間帯等について記載されている。

3. 利用者や家族の意向等をくみ取り、介護保険以外のサービスも含めて、バランス良く組み込まれた効果的なケアプランとする。

質問3

週間サービスは、利用者及び家族の状況（意向、状況等）にあった計画になりましたか？



ポイント

- 課題（ニーズ）を解決していくためには、介護保険サービスに頼るだけではなく、自分でできることや家族ができることなどを整理しておく必要があります。介護保険サービスの利用が前提と思えるようなケアプランになってはいけません。
- サービス内容については、介護保険のサービス内容を記載するだけではなく、利用者及び家族が取り組むもの、遠方の家族や近隣、ボランティア等を含むインフォーマルな資源が担う役割等も記載しておくことで、家族を含めたケアチームが関わっているかを確認することができます。
- 利用者及び家族・近隣・地域の力量にも差がありますので、意向や事情をくみ取ることなくインフォーマルな資源の活用について記載することがないように気をつけます。
- 夜間や土日は家族がいるからといって、サービスが必要でないとは限りません。介護負担の状況によっては、夜間や土日の支援体制を組む視点を持つ必要があります。

確認しましょう



- 利用者や家族が行う役割やセルフケアについて整理し記載している。
- インフォーマル資源等の活用なども意識して、アセスメントを行っている。
- 利用者や家族の意向と状況をくみ取り、同意が得られている。
- 夜間や土日などの支援体制もきちんと考えている。

4. 利用者の状態は変化するものであることを理解し、一時的に必要なサービスなども含めて、利用しているサービス全体を把握する。

質問 4

「週単位以外のサービス」欄には何を記載していますか？



ポイント

- 「週単位以外のサービス」欄には、サービス開始当初に導入した福祉用具や、隔月に利用する短期入所など、週単位以外のサービスを利用する場合に記載します。
- 医療機関への受診や保健福祉サービスの利用、ボランティアの不定期な支援や近所の方々の支援なども大切な情報ですので、記載しておく必要があります。
- 週単位サービス以外の支援を記載しておくことで、期間限定で利用するサービス内容や月単位で利用するサービスも含めて、利用者の生活を支援する体制の全体像を把握できます。
- 定期的な受診や訪問診療など、医療機関との関係等も記載します。
- 利用者の生活は、状態像や環境の変化で刻々と変わる場合があります。決して週単位のサービスだけで支えているわけではありません。一時的に必要な支援や、週単位ではないけれども定期的に必要な支援なども含めて、継続的に支援体制を構築していく必要があります。
- 住宅改修や福祉用具購入など、一時的に利用したサービスに関しても把握しておくことで、今後のサービスのあり方の参考になります。

確認しましょう



- 「週単位以外のサービス」欄の目的を理解し、記載している。

ケアプラン作成に伴う

課 題 分 析

の 方 法

ケアプラン作成の前提となる課題分析については、ケアマネジャーの個人的な考え方や方法のみによって行うものではありません。

利用者や家族等有する課題を客観的に抽出するための方法として、合理的なものと認められる適切な方法を用います。

課題分析の方法として、通知「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」（老企第29号）により示された「課題分析標準項目」をもとに、個別の課題分析を行うことができます。

課題分析標準項目

基本情報に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容(例)
1	基本情報(受付、利用者等基本情報)	居宅サービス計画作成についての利用者受付情報(受付日時、受付対応者、受付方法等)、利用者の基本情報(氏名、性別、生年月日・住所・電話番号等の連絡先)、利用者以外の家族等の基本情報について記載する項目
2	生活状況	利用者の現在の生活状況、生活歴等について記載する項目
3	利用者の被保険者情報	利用者の被保険者情報(介護保険、医療保険、生活保護、身体障害者手帳の有無等)について記載する項目
4	現在利用しているサービスの状況	介護保険給付の内外を問わず、利用者が現在受けているサービスの状況について記載する項目
5	障害老人の日常生活自立度	障害老人の日常生活自立度について記載する項目
6	認知症である老人の日常生活自立度	認知症である老人の日常生活自立度について記載する項目
7	主訴	利用者及びその家族の主訴や要望について記載する項目
8	認定情報	利用者の認定結果(要介護状態区分、審査会の意見、支給限度額等)について記載する項目
9	課題分析(アセスメント)理由	当該課題分析(アセスメント)の理由(初回、定期、退院退所時等)について記載する項目

課題分析(アセスメント)に関する項目

No	標準項目名	項目の主な内容(例)
10	健康状態	利用者の健康状態(既往歴、主傷病、症状、痛み等)について記載する項目
11	ADL	ADL(寝返り、起き上がり、移乗、歩行、着衣、入浴、排泄等)に関する項目
12	IADL	IADL(調理、掃除、買物、金銭管理、服薬状況等)に関する項目
13	認知	日常の意思決定を行うための認知能力の程度に関する項目
14	コミュニケーション能力	意思の伝達、視力、聴力等のコミュニケーションに関する項目
15	社会との関わり	社会との関わり(社会的活動への参加意欲、社会との関わりの変化、喪失感や孤独感等)に関する項目
16	排尿・排便	失禁の状況、排尿排泄後の後始末、コントロール方法、頻度などに関する項目
17	じょく瘡・皮膚の問題	じょく瘡の程度、皮膚の清潔状況等に関する項目
18	口腔衛生	歯・口腔内の状態や口腔衛生に関する項目
19	食事摂取	食事摂取(栄養、食事回数、水分量等)に関する項目
20	問題行動	問題行動(暴言暴行、徘徊、介護の抵抗、収集癖、火の不始末、不潔行為、異食行動等)に関する項目
21	介護力	利用者の介護力(介護者の有無、介護者の介護意思、介護負担、主な介護者に関する情報等)に関する項目
22	居住環境	住宅改修の必要性、危険箇所等の現在の居住環境について記載する項目
23	特別な状況	特別な状況(虐待、ターミナルケア等)に関する項目

障害高齢者の日常生活自立度

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 1 交通機関等を利用して外出する。 2 隣近所へなら外出する。
準寝たきり	ランクA	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない。 1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たきりの生活をしている。
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ。 1 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。 2 介助により車椅子に移乗する。
	ランクC	一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する。 1 自力で寝返りをうつ。 2 自力で寝返りもうたない。

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
IIa	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買い物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
IIb	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との応対など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とする。	
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便・排尿が上手にできない・時間がかかる、やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や症状に起因する問題行動が継続する状態等

質問1（アセスメントの基本）

ケアマネジャーとして、アセスメントを行う理由についてどのように理解していますか？

また、アセスメントを行う専門職として、その役割を十分に果たせていると感じていますか？

質問2（情報収集）

アセスメントに必要な情報を、どのような方々から得ましたか？

質問3（基本情報）

アセスメントを行う上で必要だと思われる基本情報について、どのような情報を特に重要な情報として押さえましたか？

質問4（相談）

どのような相談経緯だったのでしょうか？

質問5（生活状況）

利用者の「個性・その人らしさ」を大切にするためにも、大切な情報である生活歴や生活状況をどのようにして聞き取りましたか？

質問6（サービスの把握）

現在利用しているサービスについて、その利用状況・満足度等を把握していますか？

またその上で、介護保険以外のサービスについても把握ができていますか？

質問7（日常生活自立度）

障害高齢者や認知症高齢者の日常生活自立度について、最新の状況を把握していますか？

質問8（主訴）

利用者や家族は、主にどのようなことに困って来られたのですか？

質問9（認定）

認定情報の内容を確認しましたか？

質問10（理由）

今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由は何ですか？

質問11（健康状態）

利用者の健康状態について、ケアプラン作成にあたり重要だと考えていることは何ですか？

質問12（ADL・IADL）

利用者の現状を把握するにあたり、何に気をつけてアセスメントしましたか？

また、その手法・経路はどのようなものですか？

質問13 (認知症)

物忘れや認知症について、何か気になることはありましたか？

質問14 (コミュニケーション)

友人や家族、地域の方とどのようにコミュニケーションをとっているか確認しましたか？

質問15 (社会参加)

利用者の友人や家族、地域の方との関わり方は良好ですか？

また、最近変化したことはありませんか？ (例：友人の入院・入所、他界等)

利用者が自ら進んで行っている活動や趣味などがありますか？

質問16 (排泄)

利用者の排泄に関しての意向や困っているところは何ですか？

また、その原因や背景を把握していますか？

質問17 (食事・口腔)

食事や口腔の状態について、何か気になる点がありましたか？

質問18 (問題行動)

利用者が周囲を戸惑わせるなど、介護者が負担に思っている行為は起こっていませんか？

質問19 (家族の心身の状況)

家族の方の心身の状況は把握していますか？

特にどなたか心配な方はいらっしゃいますか？

質問20 (家族の介護力)

家族の方の介護に対する思いをどのように捉えましたか？

家族の方が話した言葉で印象に残ったことはありますか？

質問21 (居住環境)

在宅生活を続ける居住環境として、気がかりな点はありませんか？

利用者及び家族の意向はどうですか？

質問22 (特別な状況)

ケアプランを作成する上で、特別に配慮した方がよいと思ったことはありますか？

質問23 (主体性の尊重)

アセスメントを通じて、利用者や介護者に現状を認識してもらえましたか？

また、ケアマネジャーとして利用者の自己選択や自己決定などの主体性を尊重することができましたか？



1. 専門職であるケアマネジャーとして、アセスメントを行う理由を十分に理解する。

質問 1

ケアマネジャーとして、アセスメントを行う理由についてどのように理解していますか？また、アセスメントを行う専門職として、その役割を十分に果たせていると感じていますか？



ポイント

- アセスメントとは、利用者についての生活状況を理解し、利用者が在宅生活を継続していく上で、どのような生活課題（ニーズ）があるのかを明らかにしていく、大切なプロセスとなります。
- その際に必要なケアマネジャーの視点としては、利用者の潜在・残存能力（可能性）を含めた身体・心理状態、生活環境（住環境、家族環境等）などの評価を通じて、利用者の現状を整理することです。
- 利用者の希望や困りごと、混乱の原因や背景を分析していくことが大切になります。
- 真のニーズを導き出すためには、いかに利用者を理解できるかが大切な鍵となります。そのためには、課題分析標準項目を一律に確認するのではなく、コミュニケーションを通して利用者及び家族への支援の方向性を意識しながら、重点的に押さえるべき項目等を整理します。現状を分析しながら生活課題（ニーズ）を見出し、利用者及び家族と合意を得ていく関わりが重要になります。
- アセスメントの際は、非言語的なこと（利用者、家族の表情・身なり等）から生活状況を判断することも必要です。
- 利用者の抱えている課題を通して、利用者及び家族の全体像が把握できるようなアセスメントをします。
- 困っていることのみを把握するのではなく、困っていることの背景や原因を分析し、少しでも良い方向に改善できる方法がないかを利用者とともに模索しながら、「予後予測」に立った視点でのアセスメントを行います。
- 基本情報や課題についてどの程度把握できたか自己評価を行い、「アセスメント力」のどの部分が弱いのか認識できるようにします。

確認しましょう



- 利用者及び家族にアセスメントの必要性を理解してもらうことができた。
- 利用者及び家族に必要な情報収集を包括的に行い、主観的事実と客観的事実の両方を押さえ、アセスメントに活かすことができた。
- 利用者及び家族の生活課題（ニーズ）の内容を明らかにすることができた。
- 利用者の能力（可能性）を明らかにすることができた。
- 現状に関する予後予測とサービス導入後の予後予測を行った。
- 利用者及び家族の負担にならないよう、適切な時間でアセスメントができた。

3. 利用者及び家族の個々の特性を捉えた上で、基本情報に必要な情報を入手し、アセスメントに活かしている。

質問 3

アセスメントを行う上で必要だと思われる基本情報について、どのような情報を特に重要な情報として押さえましたか？



ポイント

- 基本情報は、利用者の顔となるものです。その人らしさが映し出されるような視点で情報を収集する必要があります。利用者に関する生活の情報は膨大ですが、最低限、厚生労働省が示している「課題分析標準項目（23項目）」に沿った情報の収集及び整理が必要となります。
- 特に、主訴や生活歴・生活状況や家族状況、病歴・日常生活自立度や生活環境等に関する情報は、課題分析標準項目のあらゆる項目に関連していくものとなります。利用者の全体像をアセスメントしていくための最も基本となる情報であり、支援の方向性を探る大切なポイントが含まれていますので、より丁寧に押さえていく視点が大切になります。
- 医療依存度が高い利用者においては、病歴や主治医を確認するだけでなく、病気に対する認識がどの程度なのか、主治医からどのように聞いているのかなども、あらかじめ聞いておくことが必要です。
また、治療の経過や生活上の工夫など、利用者の了解を得て主治医から情報を入手するなど、アセスメントに活かす視点が大切になります。
- 利用者の生活全般の情報を、多角的・客観的に捉えているかを確認し、整理します。
- 利用者、家族それぞれの意識や考え方等が異なることも多いので、場合によっては、それらをすり合わせる工夫を行います。
- ケアマネジャーの個人的な考え方や価値観が反映され過ぎていないか確認します。
- 利用者の生活の質を向上させ、自立した日常生活を営むために、どのような情報が必要かという視点を持っていることも必要です。

確認しましょう



- 課題分析標準項目（23項目）に沿った最低限必要な情報の収集及び整理ができている。
- 必要に応じて、利用者及び家族以外の関係者からも情報を入手するように努めている。
- ケアマネジャーとして、個人的な価値観をアセスメントに持ち込まないよう努めている。

4. 相談の経緯や内容によって、インテークの手法や対応が異なることを理解し、対応する。

(※)

(※) インテーク：相談にきた人から事情を聞く最初のケースワークの段階（大辞泉より）

質問 4

どのような相談経緯だったのでしょうか？



ポイント

- 利用者及び家族からケアプランの作成について相談があった場合、介護保険制度についてどの程度の理解があるかによって、対応は異なります。利用者が介護認定の手続きをしていない場合、申請中に緊急でサービスが必要になった場合など、様々なことが予測されます。ケアマネジャーは、その相談の内容や経緯を的確に把握し、対応することが求められます。
- 主たる相談者が利用者以外の場合、利用者が主たる相談者になり得なかった背景を把握します。（例えば、認知症高齢者で支援してくれる家族がいない場合など、利用者本人が主たる相談者になり得ないこともあります。）
そのような理由がある場合は、その背景も踏まえて家族や周囲の関係者から必要な情報を入手し、アセスメントを進めていく必要があります。
- 時系列で相談の経過を把握できており、相談経緯が複雑な場合や緊急の対応を行った場合などは、第5表（居宅介護支援経過）等を活用し、記録を残しておくことが重要です。
- 利用者の基本情報で把握すべきポイントが捉えられるように整理します。
特に、利用者や家族の主訴を整理し、必要に応じて家族等の情報を把握します。
- 主たる相談者（利用者、家族、それ以外）が誰なのかによって、同じような状態像にある利用者であっても、支援の方向性が異なる場合もあります。
- 相談者の悩みや要望を把握し、その内容を言葉に表して合意を得ること、さらに困りごとの原因を探ることが必要です。

確認しましょう



- 利用者の受付情報（受付日時・受付対応者・受付方法等）を確認している。
- 利用者の基本情報（氏名・性別・住所・電話番号等）や利用者以外の家族等の情報について、必要に応じた記載がなされている。
- 相談者・相談方法・相談の経緯が明確に記載されている。
- 主たる相談者が利用者以外の場合、利用者が主たる相談者になり得なかった理由や背景が押さえられており、全体のアセスメントに活かすことができている。

5. 利用者及び家族の価値観等により、支援の方向性が異なっていくことがあることを理解しながら、聞き取りをする。

質問 5

利用者の「個性・その人らしさ」を大切にするためにも、大切な情報である生活歴や生活状況をどのようにして聞き取りましたか。



ポイント

- 利用者の既往歴や現病歴、服薬状況やADL・I ADL等を確認することも大切ですが、利用者が暮らしてきた中で大切にしてきたことや固有の価値観等を知ることは、支援の方向性を見出す上で多くのヒントが得られます。利用者を「個人」として尊重し、その人らしい生活を支援していく上で、利用者自身の人生や生活状況における過去からの歩みを知ることが、「その人らしさ」を掴むヒントとなります。
- 生活状況では、「できること」「していること」「できそうなこと」などを整理しながら、利用者の意欲や意向を確認していくことが重要になります。
そのためには、現在の生活の状況を、生活機能や健康状態との関係、生活環境等の面から把握することはもちろん、これまでの利用者や家族の生活のあり方等にもヒントがあることを認識することが必要です。
- 現在の生活状況以外に、過去の生活歴を聴き取る理由を利用者や家族に説明し、不快感や不信感を与えることなく、聴き取りができることも大切なことです。
- 何気なく語られたように思える過去のエピソードから、自立支援に向けてのヒントが隠れている場合もあるので、「関連性」を意識しながら、利用者の話に耳を傾けて聴くことが大切です。
- 一度のアセスメントで全ての情報を得ようとするのではなく、支援を行う経過の中で「その人らしさ」を見出していくことが大切です。
- 利用者によっては、これまでのことを聞くことよりも、直近の生活変化を重点的に把握することが大切な場合もあり、一律の聞き取りとならないようにします。
- アセスメントがどうしても「現在」の状態把握になりがちなので、数年前の暮らしぶりなど、「これまで」を視野に入れた情報収集になっているかに着目する必要があります。

確認しましょう



- 利用者や家族に対し、不快や不信感を与えることなく、聞き取りができている。
- 利用者が生活してきた中で大切にしてきたものやエピソード、価値観、趣味、得意なことや苦手なことなど、その人らしさを象徴する情報が簡潔に記載されている。
- 利用者本人からの聞き取りができている。
- 利用者以外の家族などからの聞き取りができている。

**6. 適切なサービス利用ができていないか評価するため、モニタリング以外にも、サービスの利用状況（頻度やその内容）や目標の達成度・満足度を把握する。
介護保険以外の保健福祉サービス、地域のインフォーマルな社会資源などを含めたプラン作成を意識し、必要に応じて活用していく。**

質問 6

現在利用しているサービスについて、その利用状況・満足度等を把握していますか？

またその上で、介護保険以外のサービスについても把握ができていますか？



ポイント

- 利用者及び家族のニーズは、介護保険サービスのみで対応できるとは限りません。介護保険サービス以外の保健福祉サービスやインフォーマルな社会資源を探し調整することも、ケアマネジャーの重要な役割の一つです。ケアマネジャーが市町村の保健福祉サービスや、その他の地域資源について把握していることが大切です。
- 生活環境の工夫によっては、要介護度が高くても、自身でできることや家族、近隣、ボランティア等ではたくさんあります。必要に応じて、地域の社会資源を活用することも、とても大切です。
- 利用者本人や家族が行っていることをきちんと把握します。
- サービス利用に関して利用者がどのような意識をもって利用しているのか、また、そのサービスを必要としているのは利用者本人なのか、それとも家族なのかを改めて確認することも大切です。
- 地域の社会資源については、その存在を知っているだけでなく、どのような場合に活用できるのか、具体的な窓口や手続きの方法等についても把握しておく必要があります。家族の介護負担の軽減を図るための「介護者教室」等、家族への情報提供もあわせて行っていることが大切です。
- 介護保険サービス以外のインフォーマルなサービスを位置づけなければならないと誤解されないような配慮が必要になります。大切なのは、利用者の自立支援に向けて多角的な視点に立ってサービスを検討し、導入できていることです。地域によっては、インフォーマルな社会資源を入れたいと思っても、資源が整備されていない場合もあります。制度上、導入が難しい場合もあります。
ケアマネジャーとしては、地域にない資源を発掘し提案していく力量も求められることを視野に入れて、一緒に現状分析をする姿勢が求められます。

確認しましょう



- 介護保険サービスに限らず、利用者が受けているサービス全般の状況について把握している。
- 利用者の居住地である市町村の保健福祉サービスや地域の社会資源を把握している。

7. 主治医意見書や認定調査票に記載されている情報だけでなく、常に最新の状況を確認し、その情報をもとにアセスメントを行う。

質問7

障害高齢者や認知症高齢者の日常生活自立度について、最新の状況を把握していますか？



ポイント

- 利用者の状態は日々変化するため、主治医意見書や認定調査票に記載されている情報のみで現在の状況を把握できるとは限りません。
障害高齢者や認知症高齢者の日常生活自立度に関しては、常に最新の状況をもとにアセスメントを行い、ケアプランを作成する必要があります。
- ケアマネジャーが適切に判断できるようになれば、利用者の状態の変化に関する予測もしやすくなります。慣れないときには、自分と他者が見立てた日常生活自立度の違いが何か（その理由は何か）を知ることも大切なことです。
- 日常生活自立度の判断が自信を持って行えるということは、利用者の全体像をおおよそ掴むポイントが押さえられるレベルに達していることを意味します。
主治医意見書や認定情報からの転記だけでなく、自らの目を見て判断した、最新の情報を記載する必要があります。
- 毎月のモニタリングの際にも、状態の変化に留意しながら、障害高齢者や認知症高齢者の日常生活自立度の最新の状況を確認し、変化があれば、そのつど、記載の変更を行うことが必要です。
- 利用者によっては、関わる相手（ケアマネジャー、医師、介護スタッフ等）やそのときの状況によって、元気に振る舞ってみせることや逆に「つらさ」を誇張してみせるなど、変化があることにも気をつけます。

確認しましょう



- 主治医意見書や認定調査票等を参考にし、最新の情報をケアマネジャーが把握し記載している。
- 毎月のモニタリングの際にも状態の変化を把握し、日常生活自立度の変更がある場合などは、最新の状況を追記し記載内容を変更している。

8. 介護保険サービスを利用しようと考えたきっかけや今一番気になっていることなど、利用者や家族の一番の訴えをしっかりと把握し、緊急性の有無を含め判断することができるように聞き取る。

質問 8

利用者や家族は主にどのようなことに困って来られたのですか？



ポイント

- 「主訴」は、現在困っていることやこうしてほしいという願いや要望など、利用者や家族が抱える問題状況を理解するための「入り口」となる重要な部分です。主訴を通して、現在の生活の送り方やその背景となる要因を把握することが大切です。ただし、利用者や家族が言葉にした主訴だけに頼るのではなく、客観的な様子（言葉と表情との差異がないか、主訴では全く触れられていないが立ち居振る舞いに痛みを伴っているような様子があるなど）や慣習的になっていて気付いていない事柄も含めて、観察を行うことが重要です。
- 利用者本人の困りごとなのか、それとも家族にとっての困りごとなのかをきちんと整理します。特に、利用者以外の家族の困りごとだけを主訴と捉えていないかを確認することは重要です。
- 利用者の状態により本人から確認できなかった場合には、どのようにして困りごとを把握したのかを確認します。
- 主訴の中には、高齢者虐待や緊急入院等、緊急性の高い関わりが必要なものが含まれることもあるため、ケアマネジャーとしての支援方法の理解も求められます。
- 利用者や家族にとっては、何をどう説明してよいかわからないことも多々あります。主訴と思って話した内容が、本当の主訴ではないこともあります。利用者にとっての「真の主訴」が何に当たるのかを察しながら、面談を進めることが大切です。

確認しましょう



- 利用者及び家族の主訴や要望については、利用者及び家族が表現したありのままの言葉を用い、具体的な記載をしている。
- サービス利用により、利用者や家族がどのような生活を送りたいと考えているかが記載されている。
- 利用者本人から確認できなかった場合、その理由と代弁者が伝えた内容を具体的に記載している。
- 利用者本人から確認できなかった場合、家族等に確認するか、主治医意見書等を参考にする。
- 緊急性の高い主訴に関しては、適切な関係者や関係機関等につなぐなど、連携やその対応ができている。

9. 認定情報の内容について、自分の目で観察した内容と異なるところはなかったかを確認し、異なる部分については、サービス提供事業者や主治医等、関係機関などに問い合わせる。

質問9

認定情報の内容を確認しましたか？



ポイント

- 認定情報として、要介護状態区分や認定日、認定有効期間や介護認定審査会の意見等を確認した上で、アセスメントをします。特に認定有効期間等は、サービスの導入にあたっての期間や目標設定を行うときにも必要になってきます。
- 認定情報の確認は、利用者の心身の状態をイメージし、ケアプラン作成にどう活かしていくかを考える初期段階です。利用者にとっても、これから介護保険を利用して自分らしい生活を作っていくことをイメージしてもらうために大切な作業になります。
- 利用者の状態は日々変化するものです。認定時の情報と実際に面接した時とでは、状態が変わっている可能性もあります。
常に、ケアマネジャー自らの目で利用者の状態を判断する意識を持つことが大切です。
- 認定調査表の確認に際しては、単にその内容を転記するのではなく、最新の状態を自分の目で観察、確認することが大切です。もし認定情報の内容と異なる部分があった場合は、必要に応じてサービス提供事業者や主治医等、関係機関に問い合わせる等の確認作業を行う必要があります。
…認定調査表の「立ち上がり」の項目のチェックが「つかまれば可」で、特記事項には「テーブルを支えに立ち上がる」と記載されていたとします。その場合、確認すべき事柄は「習慣的にそうしているのか」「足の力が弱く踏ん張れないので、テーブルを支えにして立ち上がっているのか」など、様々な状況が考えられます。

確認しましょう



切り取ります

- 利用者の認定情報（要介護状態区分や認定日、認定有効期間、支給限度額、（認定有効期間）介護認定審査会の意見等）を記載している。
- 必要に応じ、利用者の了解を得て主治医に意見を聞くなど、新たな情報収集を行っている。
- 認定の有効期間等も配慮したケアプランの作成が行われている。

10. アセスメントを行う必要性をケアマネジャー自身が理解し、アセスメントを行う理由によって、集めるべき情報や集め方が異なることを理解している。

質問10

今回のアセスメントを行うきっかけとなった理由は何ですか？



ポイント

- 初回・更新・区分変更、退院・退所時等の理由により、集める必要のある情報の量や集め方が異なってきます。
特に区分変更、退院・退所時等の理由では、生活環境や状態の変化等を把握するため、利用者及び家族のみならず、関係機関からの情報も必要となります。ケアプラン作成にあたっては、その経緯や理由等を理解した上で、明確に記載します。
- 利用者が複数の疾患を抱えている、急変の可能性がある病気を持っている、ADLやIADL等に一部介助や全介助等の項目が多いため介護者が常にいないと不便であるなど、それぞれ個別の事情によって、聞き取る情報量（利用者のみならず家族の情報も必要になる）や情報の入手先（主治医を含む医療機関のスタッフやサービス提供事業者、家族等）も異なってきます。
- アセスメントの理由（初回・更新・区分変更、退院・退所時等）を踏まえた、十分な情報収集をします。
- アセスメントに至った経緯等を通して、利用者や家族の生活環境にどのような変化が生じているのかを十分に認識します。

確認しましょう



- どのような経緯でアセスメントに至ったのか、申し込みの経路などについて記載されている。
- アセスメントの理由（初回・更新・区分変更、退院・退所時等）について、具体的に記載されている。
- アセスメントの理由によっては、聞き取る情報量や情報の入手先にも差が出てくることを理解している。

11. 利用者が望む「暮らし」に健康状態が及ぼす影響や生活機能、生活行為等を照らし合わせてアセスメントを行い、健康状態をどのようにケアプランに位置づけ、ケアチームで支援していくか考える。

質問 1 1

利用者の健康状態について、ケアプラン作成にあたり重要だと考えていることは何ですか？



ポイント

- 要介護状態の高齢者は複数の疾患や障害を抱えていることが多いです。それらは手術や服薬などの治療や看護により治癒、軽快するものから、服薬やリハビリ、生活管理などで今の状態が悪化しないように病気と「うまくつきあう」ものなど、様々です。
- 健康状態の把握では、各疾患の特徴的な症状が自覚症状（痛み・しびれ・むくみ・熱っぽさ・めまい・息苦しさ・尿量の低下）として現れることで、ADLやIADL、精神面（意欲の低下等）にどのように影響を与えているかを把握することが大切です。
- 利用者及び家族からの情報をもとに普段の健康状態を把握しておくことは、健康管理を行う上で大切です。季節や天候、日内変動等が生活にどのように影響するかも大切な視点です。
 - …認知症や老人性うつでは朝夕に不穏な行動をとりやすい、関節リウマチ等では冬場や雨天では極端な痛みとなりやすいなど、利用者固有の特徴的な様子を知っておくことはアセスメントの上で役立ちます。
- 医療ニーズの高い疾患（在宅酸素や吸引・吸入等、胃ろう、^{えんげ}嚥下障害、ガン等における終末期等）や認知症、精神疾患・精神症状のある利用者は、周囲の支援者（家族、医療機関、サービス提供事業者等）からの情報を収集・活用しながら、ケアプランに反映させる視点を持っているかも大切です。それぞれの症状によっては、専門家（医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士・歯科医師・歯科衛生士等）の意見を聞きながら、予後予測の見立てを行いつつ、アセスメントを行う視点が必要です。
- その人なりの症状や暮らし方で、疾患や障害とのつきあい方があります。アセスメントの過程において、それらの個別性を十分把握できているかどうか、より個別性の高いケアプランを作成する上で重要になります。
- 利用者が疾患や障害をどの程度受け入れているか。その程度が日々の生活への姿勢にも影響するので、丁寧に把握しておく必要があります。
- 治療や緩和のための往診・通院のサイクルを把握し、ケアプランの中に具体的に位置づけていきます。ただし、ケアプランに疾患の症状と対応ばかりが記載されると、生活の状態像が浮かび上がりにくくなります。支援内容が、処方薬や看護処置などの記載にとどまらず、介護サービスや生活習慣の見直し、環境の調整や家族介護など、総合的な支援内容となるような注意が必要です。
- 痛みや辛さの「緩和」や心身機能の維持・向上が、生活習慣や人間関係の改善、社会参加へとどのようにつながるかを把握し、それを課題化、目標化することで、利用者及び家族の「生活への意欲」を導き出すことが可能となります。

確認しましょう



- 疾患名と症状、障害とその程度が、ADL（移動、食事、排泄、入浴、整容等）やIADL（買物、調理、掃除、金銭管理、コミュニケーション手段等）に与える影響について把握している。
- ケアマネジャーが、利用者の普段の体調を把握し、その情報を家族と共有できている。
（一日の生活リズム、天候等の変化に伴う体調の変化、それに伴うADLやIADLの日内変動、血圧、食事の量、排泄等）
- 治療方針や内容を把握している。（往診・通院、服薬、^{とうつう}疼痛の管理、生活改善・管理等）
- 利用者及び家族が健康状態をどのように捉えているかを把握している。
- 人間関係（家族、友人等）や社会参加への影響について把握している。
- 健康面における本人の役割（セルフケア等）、家族の役割について把握している。
- 疾患によって、利用者が望む生活・暮らしに及ぼすリスクや将来を予測している。

12. ADL・IADLに関して、利用者及び家族とともに、現状から維持・改善・向上につながるプロセスを見出すようなアセスメントをしている。個人に起因する要因だけでなく、環境による要因(人・物・経済環境・制度環境)まで把握している。

質問 1 2

利用者の現状を把握するにあたり、何に気をつけてアセスメントしましたか？
またその手法・経路はどのようなものですか？



ポイント

- ADL・IADLのアセスメントにおいて、ケアマネジャーが利用者及び家族の「できない」面だけでなく、「していること」「していないこと」「できそうなこと」(可能性)、利用者及び家族が「望む暮らし」まで把握できていることが大切です。また、現状の「できない行為」だけでなく、継続している行為や何らかの理由で諦めている行為に着目し、利用者及び家族とともに、「維持・改善・向上の方法」を見出すようなアセスメントをしていることが大切です。
- 本人及び家族からの情報収集は、対話(筆談含む)や動作、環境の観察など五感を使って多面的に行っていきます。
- アセスメントは本来本人に直接行うものですが、家族が代弁することもあり、意向が直接反映しない場合もあります。その場合、アセスメントが「誰から(経路)」「どのように(手法)」行われ、介護が必要な行為について「どのくらいの時間、頻度」を要するか等、把握した内容の記載が必要です。

【ADL編】

- 日常生活動作(移動、食事、排泄、入浴、整容等)は、利用者の生活の基本です。軽度の認定の場合、部分的な困難さへのサポートが必要な場合が多く、福祉用具、自助具などを上手く活用することで、自身で行えることも増えていきます。しかし中重度の認定の場合、日常生活動作全般にわたる介護が必要となります。こうしたことから、中重度の利用者の場合、介護者への気兼ねや介護の負担を増やさないようにする気持ちから自分の欲求を抑える傾向にあり、日常生活動作と意欲面の低下を起こしやすいと言われていました。介護者も、介護に慣れない間や極度に心身の機能が低下した場合には、戸惑いや不安がとても大きく、混乱していることが多いものです。しかし、こうした利用者及び家族の心理面を双方が表明することは、気兼ねや遠慮、諦めなどから控えてしまいがちであり、ケアマネジャーは両者の声や気持ちを代弁することが必要になることもあります。
- 利用者のADLについては、体の調子が良いときと悪いときの両方を抑えておく必要があります。特に、調子の悪いときはどのような介護方法で補っているかを本人及び家族に確認しておくことが、サービス提供時の事故防止につながります。

【IADL編】

- 日常生活関連動作（買物、調理、掃除、金銭管理、コミュニケーション手段等）は、利用者の暮らしの基本です。
軽度の利用者の場合、部分的な困難さへのサポートが必要な場合には福祉用具、自助具などを使うことによって利用者本人でも行うことができますが、中重度の利用者の場合はかなり難しくなり、介護者への負担も重くなります。
 - ケアマネジャーは、利用者なりに調理、洗濯、掃除等にどのような「こだわり」があるのかを把握し、利用者に代わって家族や介護者に情報提供することも重要です。
-
- 現状の「できないこと」を把握するだけでなく、利用者が考えている原因と対策、朝夕及び深夜など日内での変化はないかなどを、具体的に把握できていることが大切です。
 - 利用者及び家族がどのような生活を望んでいるのか、そのためにどのような支援が必要なのかを、共通認識として捉えていきます。
 - 同居の有無にかかわらず、家族が利用者の現状を把握できていない場合があります。「利用者ができること」「家族でできること」への気づきと動機づけとなる働きかけが必要です。
 - 知識・方法がわからない、もしくは将来への諦めや不安のために「していない」ことはないか、利用者及び家族が言葉で表しきれない困りごとや辛さ、家族間の軋轢からあえて表面化できていないものはないかなど、あらゆる角度からアセスメントを行います。

確認しましょう



- ADL（移動、食事、排泄、入浴、整容等）やIADL（買物、調理、掃除、金銭管理、コミュニケーション手段等）について、具体的に誰がどのように行っているかを把握している。
- 把握したADLやIADLの状況から、どのような支援を行えば現在の状態の維持・改善・向上につながるかなど、予測を立てた「見立て」ができている。
- ADLやIADLの実態について、利用者の状態、周囲の環境の両方からアセスメントを行い、課題を導き出すことができている。
- 利用者が認知症や精神疾患等で、十分にADLやIADLについて意思伝達ができない場合、家族や関係者から情報を得るなどして状況を把握している。
- 本人及び家族からの情報収集では、対話以外に筆談や環境の観察などからも情報を入手するなど、個別に応じた把握の仕方を実践できている。

13. 単なる物忘れか認知症かといった物忘れの程度、生活上の支障を確認し、家族が認知症を理解しているか、認知症を受け入れているかを把握する。 認知症がさらに進んだ場合の利用者及び家族の意向を確認し、今後生じる生活上の支障を予測した上で対応を考える。

質問 13

物忘れや認知症について、何か気になることはありましたか？



ポイント

○ADL（日常生活動作）やIADL（日常生活関連動作）も、物忘れや認知症の症状が始まることにより、より困難さが生まれます。やったことを忘れる、やろうとしたことを忘れるだけでなく、やり方がわからない、考えがまとまらない、言葉が出てこない、伝えたいことが伝えられない、その症状は様々なところに影響を及ぼします。

また、関わる家族や支援者の対応によっては、イライラしたり、^{さいぎ}猜疑的になったり、頑固になったりと、人との関係にひずみが生じていくことが多くあります。

○物忘れや認知症による「失敗の数々」は、家族にとっては「受け入れがたいこと」であり、まずは「そんなはずはない」と否定をすることから始まります。やがて「しっかりしてほしい」「どうしてよいかわからない」という焦りや不安から、対応として叱責・体罰などを繰り返してしまうことがあります。なかなか専門医に見せることもなく、何とかできる範囲で世話を行おうと思うのですが、やがて無視・放置などの虐待的な兆候が現れてくる家族もあります。その多くの家族は、認知症についての理解が薄く、対応の仕方がわからないまま、介護の強いストレスを感じながら世話をしていた結果が多いと言われています。

したがって、利用者の体や心に起きている様々な変化について、家族への理解を促すと同時に、家族の介護負担を軽減する方法を考える必要があります。場合によっては、物忘れ外来や認知症の専門病院等の紹介、認知症家族の会などを紹介するなどの情報提供も必要になります。

【参考】

神奈川県や厚生労働省により、次の相談窓口が設置されています。

- ・認知症疾患医療センター（東海大学医学部附属病院内 総合相談室）
…専門医療相談 (0463)93-1121(代)
- ・かながわ認知症コールセンター（(社)認知症の人と家族の会神奈川県支部内）
…認知症全般の相談 (044)543-6078
- ・若年性認知症コールセンター (0800)100-2707

- 認知症の初期であれば、本人が困っていること（調理、洗濯、掃除、買物等）やその気持ち（不安、悲しみ、落ち込み、いらつき、腹立ち等）を打ち明けてくれる場合があるので、聞き取れる範囲で情報を得ることが大切です。ただし、物忘れ等は本人が認めたくないこともあり、本音を聞き取ることが難しい場合もあることを理解し、無理な情報収集を行うことがないように注意が必要です。
- 認知症が進行していく場合、利用者及び家族がどのように困っているか（移動、食事、排泄、入浴、整容等）と、その時の利用者及び家族の気持ち（落胆・怒り等）、反応（戸惑い、悲しみ、叫ぶ、殴りかかる等）について把握することが大切です。家族が認知症について十分理解できているか、また従前の家族関係がどうであったかを理解することで、虐待的な対応（暴言、叱責、強制、叩く、つねる、無視、放置等）が始まるきっかけを予測できる場合があります。そのような危険性があると予知予見される場合は、未然に予防できるような関わりの視点を持つことが大切です。
- 利用者及び家族がそれぞれにどのような思いを抱えているのかを理解するために、ケアマネジャーは、アセスメントの段階できちんと向き合うことが必要です。



確認しましょう

- 物忘れや認知症の程度を把握し、日常生活上で支障となっている事柄についてADLやIADLの視点も踏まえて把握を行い、整理ができている。
 - 例：移動面（目的地に行って帰ってくるができる。目的地は忘れたが何とか帰ってくるができる。いったん出してしまうと帰ってくるができない。 など）
 - 調理面（得意な料理は何とか作ることができる。調味料の順番や量、入れるタイミング等がわからず、味付けは既にできなくなっている。調理の手順すらわからず、台所に立つこともない。 など）
 - 食事面（出されたものをきちんと食することができる。食べたことを忘れて何度も食事を欲しがる。勧めても食べない。 など）
 - その他（排泄、入浴・整容、更衣、健康管理、金銭管理、買物、コミュニケーション、火の始末、他人への認識、言語理解等）
- 本人が問題行動を起こす時の癖やその傾向を、家族や支援者から情報を得て把握している。
- 家族が、認知症をどの程度理解し、受け入れているかを把握する。
- 利用者個人の尊厳の保持や介護負担の軽減という視点を持ち、今後さらに症状が悪化した場合の起こり得る生活障害について予測し、先の対応も含めて考えている。
- 認知症について、利用者及び家族の混乱がひどい場合には、専門家受診や認知症を支える家族の会などを紹介するなどの情報提供を行っている。

14. 家族・親族や友人、地域の知人との「意思の伝達」をどのように行っているのか、支障になるものがないか確認し、コミュニケーションに関する利用者及び家族の意向を把握する。

質問 14

友人や家族、地域の方とどのようにコミュニケーションをとっているか確認しましたか？



ポイント

- コミュニケーションを困難にする背景には、機能的な問題（聴覚・視覚・言語・伝達・移動能力等）と気質的な問題（認知症を含む精神症状、極端な性格等）、環境的な問題（外出しにくい環境、家族・友人・近隣との軋轢^{あつれき}等）が関係します。そうした背景に、コミュニケーションの障害を招く要因がないかを確認しておく必要があります。
- 精神疾患や極端な性格等により、コミュニケーションに弊害のある場合があります。どのような関わり方なら負担が少なく済むのかなど、情報を多角的に得ることが必要です。
 - …特定の人に対する強いこだわりや対人関係に関する恐怖心、強迫神経症等にて、戸締りやガス栓の締め忘れが気になり、外出ができない。そのために他者とのコミュニケーションがとりにくい、など。
- コミュニケーションの障害に対して、家族などがどのように協力しているか、協力できるか（代読、代筆、代弁等）を把握しておくことも大切です。
- 息子や娘のところに引っ越し、新しい土地で暮らし始めるときなど、言葉（方言）の壁により、コミュニケーションが消極的になる場合もあるので注意します。



確認しましょう

- コミュニケーションが円滑に図れない要因を機能的・気質的・環境的側面から把握し、アセスメントができています。
- 負担のないコミュニケーション手段の方法等を、アセスメントを通して、利用者及び家族とともに考えることができています。
- 必要に応じて専門家等の意見を聞くなどして、アセスメントに活かすという視点を持っている。（例：口腔機能に問題→歯科医師、歯科衛生士等に意見を聞く）

15. これまで社会的活動にどのように関わり（時期、頻度、役職等）、今現在はどのような状況なのか、本人の意向を含めて把握する。また、利用者の状態像に応じた社会参加の方法を、ケアマネジャーが理解し、情報提供する。

質問 15

利用者の友人や家族、地域の方との関わり方は良好ですか？

また、最近変化したことはありませんか？（例：友人の入院・入所、他界等）

利用者が自ら進んで行っている活動や趣味などがありますか？



ポイント

- 地域差はありますが、地域には町内会や老人会、地域婦人会、地域ボランティア（町内美化、防犯、子育て、友愛訪問等）、施設ボランティア（高齢者、障害者施設等）、趣味、サークルなどがあり、それが本人の生きがいや人生のリハビリになっている場合もあります。高齢者が地域の役割を担うことで「感謝される」こともあり、そのことを通じて生きがいと自己肯定感を抱くことができます。
- 介護度が軽度で、移動面において押し車や杖をついて地域に出向くことが可能な場合など、ケアマネジャーが地域に出るきっかけづくりを行うなどの視点を持つことも大切です。
しかし、介護度が中重度の場合、病状の悪化等により入院・入所等を経験すると、地域や家族内での役割を担うことが難しくなり、人間関係や本人の心理面（自己肯定感の低下）に影響が現われてくる場合があります。また、友人や大切にしていたペットが他界するなどは、喪失感を招き、うつ傾向になるなど、意欲が低下していくことがあるので注意が必要です。
- 途中で障害を持った場合など、障害を受け入れることができず今の姿を見られたくないという思いから、友人や近隣、地域との関係等を遮断してしまうことがあります。障害を受け入れる過程を把握しながら、徐々に元の交友関係や近隣との関係を再開できるように、家族や友人等の支えを視점에置くことも必要です。
- 介護度が中重度で地域での活動の参加が難しい場合、通所系サービス等を利用することにより、孤独感や孤立感の軽減につながる場合があります。
- 社会との関わりには、本人の人生の歩みが投影されています。ここ数年だけでなく、かつて盛んだった青年期の関わり（例：青年団、消防団、サークル等）、中年期の関わり（例：町内会、PTA等）、老年期の関わり（例：老人会、趣味サークル等）について把握していることも重要です。

○男性の場合、定年前の社会との関わりを中心とした「職縁」(同僚、職能団体等)を通じたものが多く、地域の老人会などに入らない傾向も増えていますが、趣味(囲碁、将棋等)や地域活動を通じた関係などの有無を把握しておくことも大切です。

女性の場合は、地域との関わりも長く広い場合が多いので、町内会、PTA、趣味サークルなどの内容、役割、時期などを把握することで、地域の広がりや把握できることもあります。

ただし、こうした社会との関わりを聞くことは、聞き取りの方法によっては、利用者や家族に不快感を与えることもあるので、なぜこうしたことを聞くのかについて、しっかりとその目的を伝え、理解してもらうことが大切です。



確認しましょう

- 利用者が、友人や家族、地域の方々とどのような関わりを維持しているかを把握している。
- 介護サービスを利用する以前の生活において、利用者は地域でどのような活動を行っていたのかを把握している。
- 以前は行っていたが、現在は諦めてしまっていることや、状態が改善されれば、またやってみたいと思えることがあるかなどの意向を把握している。
- 友人、家族の入院や入所、可愛がっていたペットの死など、環境の変化があったかどうかを把握している。

16. 排泄で困っていることについて、その原因や背景を把握する。また実際の生活において、どのような排泄方法をとっているか、どの程度の介護が必要なのかを把握し、整理する。

質問 16

利用者の排泄に関する意向や困っているところは何ですか？
また、その原因や背景を把握していますか？



ポイント

○排尿・排便行為は、家族や他人の手を最も煩わせたくない行為の一つです。それだけ排尿・排便のコントロールは、利用者の尊厳に関わる（羞恥心を含む）大切な行為であり、単に健康管理や治療面の問題だけではなく、在宅での生活を送る上でとても重要なことです。

しかし、恥ずかしさ等の理由から尿漏れや尿失禁、極端な便秘等があっても、医師の診察を受けずに過ごしたり、認知症等で排尿・排便の後始末ができずに利用者及び家族の双方が混乱したりしてしまふことがあります。

○排泄は、障害高齢者や認知症高齢者の日常生活自立度、健康状態などにも強く影響を及ぼします。気持ちがあっても体がついていかないことや体は元気でも精神面の衰えから排泄がうまくいかない場合など、他の関連項目（家族の介護力など）との関係性を把握することが重要です。

○排尿・排便の行為の自立には、尿意や便意を感じ、トイレやポータブルトイレまで自力で移動して、しゃがむ・立ち上がる、衣類の上げ下ろし、排泄後の後始末等の複雑な動きが一人でできる能力が必要になります。

…例えば、つい先日までは一人で排泄の行為ができていたとしても、足の筋力が低下したために、尿意を感じてからトイレに行くまで間に合わずに、失禁してしまうこともあります。

○車いすの生活であっても、利用者が手すりに掴まって数秒でも立位保持ができれば、排泄を介助してくれる人がいると、トイレやポータブルトイレで自然に用を足すことができ、安易におむつの装着をしないで済む場合が多々あります。

○「排泄」と一言に言っても、様々な情報（ADL、本人の意欲、食事量や水分摂取量、下剤との関係、介助者の健康や排泄に対する意識、住環境等）をもとに、アセスメントを行う必要があります。

排泄で困っていることについて、その原因や背景を把握し、また24時間の生活の時間軸において、どのような排泄方法（自立、和式・洋式トイレ、ポータブルトイレ、尿とりパット、おむつ、リハビリパンツなどの使用）をとっているか、またどの程度の介護が必要なのかを把握し、整理することが大切です。

例えば、頻回に排尿の介助をお願いすることに気兼ねを感じた場合、水分を控えることで介助の回数を減らそうとする高齢者もいます。そうした結果、脱水状態等を誘発することもあります。

また家族も、介護負担の軽減から安易におむつを使用し、利用者の尊厳を傷つける場合があります。利用者の状態に合わせて、リハビリパンツ、尿とりパットや夜間のポータブルトイレの使用を検討する、夜間だけは紙おむつを使用する、尿漏れ等が頻回にある利用者等は単なる加齢と捉えず受診を進めたり失禁体操の情報を提供したりするなど、知識や手法を利用者及び家族に伝えることが重要です。

- 排泄は、食事の内容も影響することを利用者や家族に改めて伝えるなど、総合的なアセスメントが必要となります。
- 排尿・排便はとても大切な行為ですので、利用者にはその旨伝え、自尊心を傷つけないような配慮を行うことが大切です。
- 利用者の排尿・排便に関して、「維持・改善・向上への意向」を配慮していることが大切です。
- 能力があるのに排泄が自立できていない場合、「どうして排尿・排便が自力でできていないか」、その原因や背景を把握し、将来どのようなことが困るのかを予知予見できることが重要です。
- 直接介助が必要でない場合は、同居の有無にかかわらず、家族であっても、利用者の尿漏れや排泄の失敗などは、具体的に把握できていない場合が多いので注意します。



確認しましょう

- 排泄に関する意向や困りごとについて確認し、その原因や背景を把握している。
- 尿漏れや失禁の頻度やどういった場面で起こるかなどについて把握している。
- 尿漏れや失禁に対して、利用者及び家族が工夫していること（失禁用パンツの着用やパットの利用・失禁体操の実施など）を把握している。
- 排泄に関するADLの状況（下肢筋力、ふらつき、握力(手すり)、掴まり立ちの持続時間(秒)等）を把握し、介護力等に合わせた排泄の方法を24時間の時間軸で把握できている。
(トイレ、ポータブルトイレ、リハビリパンツ、尿とりパット、おむつ、手すりの取り付けや洋式トイレ等への変更等の環境整備などを含む)
- 排泄物の後始末等に関することや衣類の着脱（脱ぎ着しやすい下着やズボン）に関することを把握している。

17. 食事と口腔内の状態について把握し、その中で問題があれば、その原因や背景を把握する。

食事の食べ方（盛り付け、箸・スプーン・フォークの扱い、咀嚼・嚥下・むせ等の有無）の現状とその原因と背景、利用者の意向について把握する。

質問 17

食事や口腔の状態について、何か気になる点がありましたか？



ポイント

- 食事は栄養面だけでなく、一日3回ある生活のリズムであり「楽しみ」でもあります。大好きな献立や好物があることで、生活の「ハリ」となります。食事は心身の健康を維持し、日々の生活への意欲を生み出します。また、誰とどのように食べるか（家族団らん、孤食等）でも異なります。
しかし、歯や口腔内が食事に堪えられない状況や嚥下障害などがあると、普通に食べたいと考えていても、誤嚥性肺炎等の危険があるために、流動食等を余儀なくされることもあります。また、体力・気力の落ち込み、味覚障害などが顕著な状態では、食事摂取が苦痛と感ずることや面倒だと思ふこともあります。さらに、物忘れや認知症が進むと、再三の食事の要求、食べ過ぎ、異食、偏食等の問題が生じ、介護者のストレスも高まります。
- 食事での困りごとは、「準備～調理～盛り付け～配膳～下膳」の範囲だけでなく、介護者が調理する食事形態や介助の方法からくる食べづらさ、食事をどこでとるかの環境面（居間、食堂、ベッド等）についても、ADLの状況を踏まえてアセスメントするようにします。
- 口腔に関しては、一番後回しのチェックになりがちです。口腔の状態と嚥下機能の低下とは密接な関係があり、見逃してしまうと誤嚥性肺炎などを引き起こす原因にもつながります。また、口臭などが原因で、家族や友人などから指摘されたり敬遠されたりするなど、コミュニケーションの悪化や社会参加への気おくれなどにもつながる場合があります。
- 口腔内と義歯、むし歯等の歯の状態について把握することが大切です。嚥下障害等があり、特別な食事や水分補給の方法が必要かを確認します。
また、食事の回数、内容、栄養バランス、水分量等や食事の食べ方の現状を把握し、その中で問題があれば、その原因と背景、利用者の意向について把握します。
- 誰が、どのように食事介助に関わっているのかを具体的に把握します。
また、日中独居の状態ではどうしているかがポイントとなります。
- 老々介護では、介護者の健康状態や炊事の段取り（特に男性）と、今後支障が出ることを予知予見できているかを確認することが大切です。
調理や食事介助は、利用者の認知症の進み具合や介護者の物忘れ、判断能力の低下などが影響することから、今後どのような支障が生じるか把握、予知予見した上で、今後の対応策を考えます。

確認しましょう



□食事を食べる上での困りごとについて、その原因や背景について把握している。

例：入れ歯が合っていない

固いものが食べられない

唾液の分泌量が減って、カステラやパンなど、ぱさつくものが食べられない

嚥下障害があり、刻み食や流動食・経管栄養等にて食事を摂取している

糖尿病や腎臓病等にて、制限食を食べている など

□食事に関する過度の欲求があるなど、家族が抱く困りごとを把握している。

例：認知症等にて再三の食事の要求、食べ過ぎ、小食、異食、偏食等がある

好き嫌いが多く、献立に困る等のストレスを家族が抱えている など

□調理形態や味付け等の工夫が必要であるなど、介護者のストレスになっている事柄を把握している。

□専門家に相談した方がよいと思われるものについては、受診の勧め等を必要に応じて行うなどの視点を持っている。

□食事の食べ方や、日ごろ利用者は誰と食事を共にしているかなどの情報についても、把握している。

18. 利用者の問題行動が家族や近隣にどのように理解されているか、そのときの対応をどのように行っているかを把握し、整理する。

質問 18

利用者が周囲を戸惑わせるなど、介護者が負担に思っている行為は起こっていませんか？



ポイント

- 利用者の問題行動の現れ方は多様です。本人のこれまでの生活歴や性格、価値観、こだわりが影響するだけでなく、認知症のレベルごとに生じる問題行動や老人性うつ症などの精神的疾患から来る問題行動もあります。また、日内での体調の変化や気分の変化も影響しますし、対応する人々の様子（表情、声のトーン、強い制止等）も問題行動には影響を及ぼします。
- 問題行動の背景には、家族が抱えてきた家族関係なども影響します。また、家族の対応の延長線上に、やむにやまれぬ「虐待的状況」が生じる危険性があり、利用者支援だけでなく、精神的に追い詰められた介護者の支援に留意することも大切です。
- 問題行動が家族にとって耐え難いものである場合、医療的対応等を考慮することも、時には必要です。
- 家族は、「問題行動」を身内の不祥事と捉え、隠す、軽く言う傾向があるので、問題行動という直接的な表現は実際の面談の場面では避けます。
- 問題行動が生じるタイミング、時間帯、きっかけ、特徴的な行動・言動などを把握します。問題行動によって、家族、近隣が「どのような不安や迷惑」を被っているかを具体的に把握します。
- 今後の症状の進行により、どのような事態が予知予見できるかを確認します。
- 家族や周囲の支援者がどれだけ「認知症」や「精神疾患」に対する理解があるかによって対応も異なるので、正しい知識と対応について理解を求めることが大切になります。



確認しましょう

- 誰が(家族、近隣、専門職)、問題行動と感じているのか把握している。
- 具体的な問題行動をいつどのように起こしているか把握している。
例：暴言(喚く、怒鳴る、ののしる、叫ぶ等)、暴行(叩く、殴る、蹴る等)、徘徊(時間帯、きっかけ、エリア等)、介護の抵抗(食事、入浴、排せ、移動、着替え等)、収集癖(廃棄家具、ゴミ、新聞等)、火の不始末(調理、暖房、タバコ等)、不潔行為(弄便、唾かけ等)、異食行動(石鹸等)
- 家族がどのように対応しているか(説得、会話、無視、放棄等)、近隣の対応(声がけ、無視等)はどのようになっているか把握している。
- 家族の不安(身体の危険、虐待の可能性等)、近隣の不安(暴行、暴言、徘徊失火、虐待等)について把握している。

19. 家族の介護力や心身の状態を把握し、整理する。 同居家族に関わらず、主たる介護者やキーパーソンの有無、介護に関 わる家族の人数を把握し、整理する。

質問 19

家族の方の心身の状態は把握していますか？
特にどなたか心配な方はいますか？



ポイント

- 介護保険は利用者の「主訴」すべてに対応できるものではありません。利用者及び家族の「自立」やADL・IADLの「生活上の手間」への支援を目的とします。介護保険は家族介護を社会的に支援することを目指しており、家族ができることや家族だからこそできる「心の支え」までフォローできるものではありません。
- もともとの家族関係や実際に介護や家事に要する手間、経済的な問題や他の支援者がいるか、主たる介護者が地域や家族の中で孤立していることはないか、介護者の健康問題はどうかなど、多角的な視点から介護力をアセスメントすることも必要です。あまりにストレスが高まると、介護に対する拒否感や否定的な行動から、虐待へと向かう危険性があります。
- 家族の関わり方も様々ですが、一般的に一部の介護者に介護の負担が集中してしまう傾向があります。介護者が倒れてしまう、また本人も要介護状態となってしまう事態を引き起こすことがあります。
在宅介護を担っている家族の中には、在宅を希望する利用者の意思に寄り添うことを大切に日々過ごしている家族もあれば、周囲のしがらみ等で仕方なく介護している家族等、様々です。ケアマネジャー自身の家族介護の価値観を強要したり、もしくは誘導するような対応のないようにすることが大切です。
- 主たる介護者を含めた家族の「関わり方」を把握しているかどうか大切です。
- 利用者の介護度だけでなく、認知症の有無も介護の負担感に大きく影響します。具体的にどのようなことが「介護疲れ」を引き起こしているか、介護者の個別性も視野に入れ、具体的に把握し整理することが大切です。
- 主たる介護者を含めた家族の介護力や家事力、介護の知識、社会的な立場等（就労の状況等）のレベルを把握することも大切です。



確認しましょう

- 主たる介護者（夫、妻、息子、娘、親等）の心身状況、健康状態（腰痛、膝痛、肩こり、便秘、頭痛、うつ・不眠・食欲の低下等）を把握している。
- 介護者のストレス（イライラ、落ち込み、眠れない、意欲低下、利用者に対する暴言等）を把握している。
- 介護者の介護の状況を把握している。
介護の分担・・・移動、入浴、排泄、食事、家事、余暇、通院、内服薬の管理等
介護技術・・・利用者に安心安楽な介護ができる、おおよそできる、できない等
家事力・・・炊事、調理、掃除、洗濯、買物等の家事能力

20. 家族の介護に対する姿勢、意向を把握し整理する。 家族が介護に対して後ろ向きであるために起きている状態、また将来起こりそうな状態を予知予見する。

質問 20

家族の方の介護に対する思いをどのように捉えましたか？
家族の方が話した言葉で印象に残ったことはありますか？



ポイント

- 家族といっても、誰もがいつも前向きに介護できているわけではありません。家族（夫婦）には歴史があります。家族自身の生活（健康状態や経済状況、価値観等）や近隣、身内との関係やしがらみなど、影響を受けながら介護しているのが現状です。
- 仕事のストレスや介護の体力的な負担、介護者の精神的疾患や介護疲れなどから、介護に対する意欲や気力を失っている場合があります。特に認知症や医療的ケアが多い場合など、経済的な負担や将来への不安や絶望は、介護への意欲を削ぎ、投げやりな態度や極端な手抜きを生み出す場合もあります。
- 利用者主体のケアを行うためにも、状況に応じて、家族に重点を置いた支援の方策を練ることで、家族の力が大きくなり、利用者への支援に還元されることがあります。また、介護に対する姿勢（態度）をあらかじめ把握しておくことで、声かけの頻度や内容、モニタリングを経た後のアセスメントの内容を考えることができ、介護の燃え尽きや虐待的状况を未然に防ぐ予防効果も期待できます。
- 前向きになれる時とともに、後ろ向き（消極的）になってしまう時の原因やきっかけ、その乗り越え方などを介護者から聞くことは、介護者の「つらさ」に共感することになります。また介護者も、自らの介護に対する気持ちや自分の置かれている環境等を言葉にしていく過程で、気持ちを整理することができる場合があります。
- 同居、近距離に関わらず、家族それぞれがどのような介護への意欲を持っているかを、把握できているかが重要となります。
介護者の多くは、病気に対する知識や適切な介護技術を得るための時間的・気分的余裕がない場合が多く、適切ではない方法で介護することにより、介護に対する不安や体力的な負担、ストレスを生むことがあることを、ケアマネジャーは把握しておく必要があります。そのために、初歩的な介護技術を学ぶ介護者教室や、ストレスを発散し思いを共感できる場所として介護者家族の会、認知症家族の会などを紹介することも重要です。
- 介護に対する姿勢は、家族の言動だけでなく、実際の関わり方の度合い（時間帯、役割、頻度等）から把握することも大切です。直接介護に関わっていない家族でも、主たる介護者（夫、妻、息子、娘、親等）に間接的な支援（経済的な支援、電話による感謝の言葉等）を行うことで精神的な負担は異なります。



確認しましょう

- 主たる介護者（夫、妻、息子、娘、親等）の心身の状況や介護に対する意向などを踏まえ、介護力を把握している。
- 近距離家族（息子、娘、親、孫等）や遠距離家族（息子、娘、親、孫等）などの介護力を把握している。
- 介護のストレス（イライラ、落ち込む、眠れない、食欲低下等）を把握し、その状況を受け入れている。

21. 利用者の自立した生活、機能の維持向上や介護者の負担軽減のために、住環境で工夫できる点がないか、将来を踏まえた上で、関係機関等に相談しながら検討する。

質問 2 1

在宅生活を続ける居住環境として、気がかりな点はありませんか？
利用者及び家族の意向はどうですか？



ポイント

- 要介護度や障害の特性によって、住宅改修や福祉用具の選定に関する視点は異なってきます。
居住環境は、家屋内の居住空間や家の周囲を含めた近隣の環境等も考慮します。屋内では、玄関や敷居の段差、トイレや台所などの空間、炊事のしやすいキッチン、ベッドを持ち込む部屋などが、要介護状態となった利用者や介護する家族にとって使い勝手がよいかどうか、自立した生活や負担の少ない介護に深く関わってきます。また、利用者のADLを評価した時に、室内の細かな環境を整備することで、できることが増えていくこともあります。
- ケアマネジャーの判断だけでなく、病院関係者（理学療法士、作業療法士、看護師等）や訪問介護、通所系スタッフ等の意見をアセスメントに活かす視点が大切です。
- 在宅生活とは、寝室や居間での生活ではなく、「住み慣れた地域での暮らし」を総合的に捉えたものです。地域で続けてきた自立した暮らしは、元気だった頃の暮らしを聞くことで把握でき、そのアセスメントの中で、望む暮らしや取り戻したい生活や習慣を「課題」や「目標」にすることができます。
- 居住環境を把握することで、移動に活用できる福祉用具（杖、シルバーカー、車いす等）や起き上がりや立位の介助を軽減できるもの（介助バー等）、住宅改修（玄関、階段、廊下、浴室、トイレの手すり設置等）などの必要性がわかり、計画的なアセスメントが行え、ケアプランに導入することができます。
利用者及び家族が困る場所、危険と思われる場所については、実際に動作を行ってもらい、動線を確認する、必要に応じてイラストやデジカメで記録するといったことも必要になります。敷居のわずかな段差も、足腰の機能低下で躓きの原因になります。
今後起こりうる機能低下まで視野に入れたアセスメントを行う必要があります。
- 身体機能のレベルによっては、全てのバリアをなくすことで逆に機能低下をもたらす場合があることに注意する必要があります。居住環境には、利用者や家族が暮らしてきた歴史がたくさん詰まっています。危険だからといって、やみくもに排除したり、単に機能的にするだけでは、利用者との信頼関係を失うことにもつながりかねません。
居住環境に対する利用者及び家族の思いをきちんと受け止める姿勢が必要です。その上で、専門的なアドバイスをすることが大切です。

確認しましょう



- 室内の環境の微調整（物の配置を変えることでできることを増やす視点）
- 段差の解消（玄関、階段、敷居等）
- 移動能力に応じた工夫（廊下、階段等）
- 安心できる入浴動作の確保（脱衣室、浴室、浴槽等）
- 安定した排泄動作の確保（トイレ、廊下、手すり等）
- 寝室の工夫（ベッド、空間、閉じこもり、臭い等）
- 台所の工夫（調理、洗い、片付け等）
- 買物の工夫（道路の距離・傾斜・幅等と移動能力の関連）
- 室内の動線確認（家具など障害になるもの、活かせるもの）

22. 利用者及び介護者等の「特別に配慮すべきこと」の内容を把握し、今後を予測する。「特別に配慮すべきこと」がケアチームで共有され、保険者等が関わるべき内容であるか、必要に応じて検討する。

質問 22

ケアプランを作成する上で、特別に配慮した方がよいと思ったことはありますか？



ポイント

- 要介護状態区分にかかわらず、利用者の状況（年齢、性別、性格、生活歴、価値観、疾患の種類と進行の度合い等）、家族の事情（家庭内不和、離婚、断絶等）、家計の事情（困窮、生活保護等）によって、援助方針における支援の内容とポイントは異なってきます。また、介護者の状況（同居・近距離・遠距離介護、性別、介護力、介護への思い、疾患、判断能力等）は支援内容にも大きく影響し、それぞれの状況に応じて「特別に配慮すべきこと」が出てきます。
 - …「特別に配慮すべきこと」は、利用者（医療ニーズが高い、緊急性の高い要素がある、徘徊、虐待、家族不和がある、限界を超えて頑張り続けている等）と介護者等（疾患、ストレス、介護力、経済的負担、介護の知識不足や従前の関係から来る虐待、限界を超えて在宅介護を続けている等）によって様々です。
 - …例えば、要介護3の夫は認知症が進行し、妻は聴覚障害があり下肢筋力の低下や物忘れが生じた場合には、会話、服薬管理、火の不始末、消費者被害などにも配慮した支援方針と支援内容が必要となります。
- 他にも、虐待やターミナル期、介護度の重度化、夫婦ともに要介護状態、精神疾患による近隣からの孤立など、特別な事情を配慮すべきケースは増加しています。
- ケアプランは利用者個々への支援ですが、利用者及び家族を取り巻く環境を把握し、全体的な配慮がなされた支援方針と支援内容を把握することが大切です。また、担当者会議等を通して支援内容を提示し、他にも方法がないかを検討し合うことによって、支援者の共通理解がなされ、個別性と特別な事情に配慮したチームケアにつながります。
- 利用者及び家族の特別な事情をケアプランに記載できない場合（虐待等）には、第5表（居宅介護支援経過）に記載します。一人の判断で「特別に配慮すべきこと」に対する支援方針を立てるのは、判断の見誤りなどのリスクがあるため、サービス担当者会議等の場で検討し、ケアチームで特別な事情を共有していくことが大切です。
- 虐待や精神疾患などの事例、家族不和や介護放棄、消費者被害などの事例、責任感の強さ、世間・身内のしがらみなどから限界を超えて介護することで共倒れが起こりうる事例など、解決が困難な事例があります。このような場合には、市の関係課や地域包括支援センターなどとチームで動くことが必要な場合があるので、必要に応じてサービス担当者会議などへの誘いかけをすることが大切です。
- 終末期の場合、利用者や家族の気持ちは揺れ動いていることが多いため、刻々と変化する状態を冷静に観察し、場面に応じたチームケア体制を作り続けることが必要です。

確認しましょう



□次の項目で、「特別に配慮すべきこと」がありましたか？

- 本人の状況
- 家族の事情
- 家計の事情
- 近隣との関係
- 介護者の状況
- 家族の介護力
- 認知症
- 精神疾患
- 終末期
- 虐待
- 介護スタイル

23. アセスメントを通じて、利用者及び介護者が様々な視点から現状を認識できるよう対応し、将来を見越した「暮らしの意向」が尊重されるやりとりを心がける。

質問 2 3

アセスメントを通じて、利用者及び介護者に現状を認識してもらえましたか？
また、ケアマネジャーとして利用者の自己選択や自己決定などの主体性を尊重することができましたか？



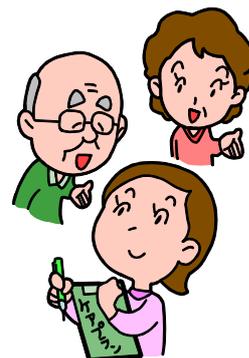
ポイント

- アセスメントは、利用者及び介護者との協働作業です。そのプロセスを通じて、利用者及び介護者が、現在の暮らしの困りごとや不安、戸惑いを振り返り、その原因を把握し、望む暮らしを主体的に描くために支援していくのが、ケアマネジャーの大切な役割です。そのためには、ケアマネジャーは利用者及び家族の意思意向を把握し、尊重することが大切です。
- アセスメントでは、利用者及び介護者が、できないこと(不可能な要因)、できること(能力)、していること(行為、実践)、できそうなこと(可能性)、望む暮らし(目指すべき方向)の視点で現状を認識できるように対応します。
- 介護する側の可能性(ADLへの介護、IADLの実践)と実践してみようという意欲(挑戦)、できるようになるための知識、方法を認識できるように対応します。
- 現状把握が、「できるか、できないか」という表面的な質問ばかりでは、利用者及び介護者にとっては詰問^{きつもん}あるいはチェックにしか感じられません。
退院・退所したばかりなど、戸惑いや不安が大きい場合は、「どう思うか、なぜそう思うか」の理由を語ってもらい、プラス面(できていることやしていること)も含めた分析と助言で、正しい現状認識を持ってもらいます。そして、セルフケアや家族支援、インフォーマル資源やフォーマル資源から、「どうやればよいか」の手立て(対策)を共に考えていく姿勢を示すことが必要です。
- 排泄に関わることなどは、利用者にとっては家族にも知られたくないことがあり、何気なく発した言葉や専門用語で、尊厳を著しく傷つける場合があります。また生活歴や家族歴も、本人にとっては他人に知られたくない、知られると家族関係上困ることも多く、慎重に対応することで利用者及び家族の尊厳を保持することにつながります。馴れ慣れしさと親しさを混同し、言葉づかいで利用者及び家族の心を傷つけ、関係を損ねることがあるので、気をつけます。
- 生活の主役は「利用者」ですが、その介護者も支援の対象となります。援助側の一方的な判断や思い込みの姿勢は、利用者と介護者の意向をないがしろにするものです。また、利用者及び介護者の要求に従うことが意向を尊重することだと誤解し、結果として「言いなりプラン」になることもあります。これも利用者本位の誤った考え方です。

確認しましょう



- 利用者の自己選択や自己決定を尊重している。
- 利用者及び家族のプライバシーに配慮した言葉づかいをしている。
- 利用者の年齢、経歴、性別を意識した言葉づかい、態度をとっている。
- アセスメントの際に、排せや入浴、清潔の維持など、本人にとって答えづらい質問に配慮している。
- 現状への認識、望む暮らし(ADL、IADL、生きがい等)を把握している。
- これまでの暮らし(生活習慣、生きがい、役割等)を把握している。
- アセスメントから得た課題と利用者・家族の要望をもとに真のニーズを導き出している。



ケアプラン自己チェックマニュアル

2010年12月発行

2012年11月改訂

編集 藤沢市 介護保険課

藤沢市ケアマネジメントリーダー

垣見 凌子・松川 竜也・圓山 春美・米 吉子（敬称略、五十音順）